

Affirmation de soi dans le cadre de l'adhérence à un traitement en oncogériatrie

Auteur : Guffanti, Marion

Promoteur(s) : Adam, Stephane

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2019-2020

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/10497>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



Université de Liège
Faculté de psychologie
Département Upsysen

Affirmation de soi dans le cadre de l'adhérence à un traitement en oncogériatrie

Sous la direction de M. Stéphane ADAM.

Lecteurs : Stéphane ADAM

Sarah SCHROYEN

Xavier SCHMITZ

Mémoire présenté par Marion GUFFANTI en vue de l'obtention du
diplôme de Master en Psychologie Clinique option Sénescence

Année académique 2019 - 2020

Remerciements

Merci au professeur Stéphane Adam pour avoir été le promoteur de ce mémoire.

Merci à Madame Sarah Schroyen pour son écoute, ses précieux conseils et sa disponibilité tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie chaleureusement toutes les personnes qui ont montré de l'intérêt et qui ont participé à cette étude, et sans qui celle-ci n'aurait bien sur pas pu se faire.

Merci à mes lecteurs, Madame Sarah Schroyen et Monsieur Xavier Schmitz, pour l'intérêt qu'ils porteront à ce mémoire.

Merci à Alexandre pour ses nombreuses relectures et ses précieux conseils.

Enfin, un grand merci à mes parents qui m'ont soutenue tout au long de ce parcours universitaire, quelque peu...compliqué...et qui, par leur soutien et leurs encouragements, m'ont permis d'en arriver là.

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE	7
PARTIE THEORIQUE	10
1. DEFINITION ET CONSEQUENCES DE L'AGISME SUR LES PERSONNES AGEES	10
1.1. DEFINITION DE L'AGISME.....	10
1.2. CONSEQUENCES DIRECTES DE L'AGISME SUR LES PERSONNES AGEES	11
2. ONCOLOGIE ET PERSONNES AGEES	14
2.1. PREVALENCE DES CANCERS CHEZ LES SUJETS AGES	14
2.2. PRISE EN CHARGE ONCOGERIATRIQUE	16
2.2.1 <i>UNE PRISE EN CHARGE DIFFICILE</i>	16
2.2.2 <i>AGISME DU PERSONNEL MEDICAL</i>	17
2.2.3 <i>LES PREFERENCE DE TRAITEMENT DES SUJETS AGES</i>	20
2.3. UNE AIDE A LA PRISE DE DECISIONS THERAPEUTIQUES : LE CGA	24
2.4. QUE FAIRE FACE AUX STEREOTYPES AGISTES ?.....	26
3. L'AFFIRMATION DE SOI COMME MOYEN DE DEFENSE FACE AUX STEREOTYPES .	28
3.1. UNE BASE DE L'AFFIRMATION DE SOI : LA DISSONANCE COGNITIVE	28
3.2. LE CONCEPT DE SOI, UNE AUTRE BASE DE L'AFFIRMATION DE SOI	29
3.3. LES TECHNIQUES ET MECANISMES D'AFFIRMATION DE SOI	32
3.4. L'AFFIRMATION DE SOI AUPRES DES PERSONNES AGEES	35
3.5. UTILISATION DE L'AFFIRMATION DE SOI EN ONCOLOGIE	38
4. CONCLUSION	41
PARTIE PRATIQUE.....	44
I. OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	44
II. METHODOLOGIE	47
1. SUJETS ET MODALITES DE RECRUTEMENT	47
1.1. MODALITES DE RECRUTEMENT INITIALES	47
1.2. IMPACT DE LA PANDEMIE SUR LE RECRUTEMENT ET LES PASSATIONS	47
2. MATERIEL UTILISE	49

2.1. FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT	50
2.2. DONNEES D'ANAMNESE ET CONSIGNES	50
2.3. LISTE DE MOTS ASSOCIES A « PERSONNE AGEE ».....	50
2.4. AFFIRMATION DE SOI ET CONDITION CONTROLE	51
2.5. PODCAST ET ECHELLE DE LIKERT	51
2.6. QUESTIONNAIRE ATTITUDE TO AGEING : AAQ (LAIDLAW ET AL., 2007) VERSION FRANÇAISE	53
3. STRATEGIE D'ANALYSE	54
III. RESULTATS	55
1. DONNEES DEMOGRAPHIQUES	55
2. ANALYSES PRIMAIRES	58
3. INFLUENCE DE L'AFFIRMATION DE SOI SUR L'ANNONCE D'UN DIAGNOSTIC DE CANCER.....	59
4. EFFETS DE L'AFFIRMATION DE SOI SUR UN DISCOURS AGISTE	60
5.EFFETS DE L'AFFIRMATION DE SOI SELON LA VISION DES SUJETS SUR LE VIEILLISSEMENT.....	62
6. EFFETS DE L'AFFIRMATION DE SOI SUR LA VISION DU VIEILLISSEMENT DES SUJETS.....	65
IV. DISCUSSION.....	68
1. RETOUR SUR LES RESULTATS OBTENUS	70
1.1. INFLUENCE DE L'AFFIRMATION DE SOI SUR L'ANNONCE D'UN DIAGNOSTIC DE CANCER	70
1.2. EFFETS DE L'AFFIRMATION DE SOI SUR UN DISCOURS AGISTE	73
1.3. EFFETS DE L'AFFIRMATION DE SOI SELON LA VISION DES SUJETS SUR LE VIEILLISSEMENT	74
1.4. EFFETS DE L'AFFIRMATION DE SOI SUR LA VISION DU VIEILLISSEMENT DES SUJETS.	75
2. LIMITES ET PERSPECTIVES FUTURES	77
3. REFLEXION GENERALE.....	79
V. CONCLUSION	82
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>85</u>
<u>ANNEXES</u>	<u>97</u>
<u>RESUME</u>	<u>129</u>

Introduction générale

Introduction générale

La population mondiale est vieillissante, et ce, à un rythme rapide, sous les effets combinés d'une baisse de la fertilité dans les pays développés et d'une hausse de l'espérance de vie.

En 2015, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient au minimum 7% de la population générale (exception faite de l'Afrique, de l'Amérique Latine, des Caraïbes et de certaines régions d'Asie). En 2017, les 60 ans et plus représentaient 13% de la population mondiale (« Les personnes âgées », 2019). On estime de plus, qu'en 2050 la part des personnes âgées dans la population dépassera 21% dans 94 pays du monde, dont 39 pays verront cette proportion atteindre 28% (He, Goodkind et Kowal, 2016). Le vieillissement de la population implique une hausse du nombre de pathologies, dont le cancer : en effet les deux tiers des cancers diagnostiqués le sont chez des personnes âgées de plus de 60 ans (Weber et Zulian, 2001).

Bien qu'il s'agisse d'une estimation datant de 19 ans maintenant, elle est toujours vraie actuellement, puisque l'on estime qu'en France, en 2017, 62,4% des cancers diagnostiqués touchaient les sujets âgés de 65 ans et plus (Institut Nationale du Cancer, 2018). On estime en outre, qu'en Belgique en 2016, 67% des femmes atteintes de cancer et 78% des hommes atteints étaient âgés d'au moins 60 ans au moment du diagnostic (*Le cancer en chiffres | Fondation contre le Cancer*, 2019).

Ainsi, dans un rapport de 2018, le Belgian Cancer Registry indique que 13% de la population était âgée de 70 ans et plus au 1^{er} janvier 2016 et que 5% de la population était âgée de 80 ans et plus. Bien que la proportion des belges âgées de 70 ans et plus soit inférieure à la moyenne européenne (-1,2%), la proportion des personnes âgées de 80 ans et plus est par contre supérieure de 0,1% à la moyenne européenne (Belgian Cancer Registry, 2018). En outre, on estime qu'en 2016, en Belgique, 46% des cancers étaient diagnostiqués auprès de personnes âgées de plus de 70 ans (Belgian Cancer Registry, 2018).

Malgré cela, le corps médical et la recherche ont peu de considérations pour les sujets âgés, et ces derniers subissent en silence l'âgisme dont peuvent faire preuve les soignants

(Fentiman et al., 1990 ; Pignon, 2000, Colussi et al., 2001 Peake, 2003 ; Townsley et al., 2005 ; Heitz et Castel-Kremer, 2006 ; Schroyen et al., 2014 ; Schroyen et al., 2015 ; Adam, 2015 ; Craigs et al., 2018). Afin de les aider à faire face à cette menace, il est nécessaire de les aider à pouvoir se défendre face à ces comportements pouvant compromettre l'accès aux soins et leur bon déroulement.

Une piste pour aider les patients âgés à se défendre face à l'âgisme serait le concept de comportement assertif, qui nous vient d'Alberti et Emmons en 1974, et permettrait à l'individu : « d'agir au mieux dans son intérêt, de défendre son point de vue sans anxiété exagérée, d'exprimer avec sincérité et aisance ses sentiments, et d'exercer ses droits sans dénier ceux des autres » (Ferry, 2019). On parle aussi d'affirmation de soi pour désigner ce type de comportement, qui permet de faire face à différentes menaces que rencontre le Self et qui pourraient altérer l'intégrité du sujet ou son estime de soi (Sherman, 2013).

Le présent mémoire a donc pour but d'étudier si l'affirmation de soi peut aider des sujets âgés à se défendre face à la menace que représente l'annonce du diagnostic du cancer, et si cela peut les aider à mieux accepter le traitement proposé par le personnel médical.

Notre étude se compose de deux parties : une première partie théorique, dans laquelle nous explorons la prévalence des cancers auprès des sujets âgés, ainsi que l'âgisme du personnel médical auquel ils peuvent faire face, pour ensuite aborder l'affirmation de soi dans le cadre de l'oncologie et auprès des personnes âgées.

La deuxième partie porte sur les expérimentations pratiques que nous avons réalisées auprès de sujets âgés de 65 ans et plus. Notre objectif concernant ces expérimentations est double : dans un premier temps nous souhaitons analyser si le fait de s'affirmer dans un domaine important pour les sujets leur permet de diminuer l'effet négatif de certains stéréotypes ; et dans un second temps, nous souhaitons vérifier si les effets de l'affirmation de soi sont plus importants, si une personne porte une vision négative sur son vieillissement, comparativement à une personne avec une vision positive de son vieillissement.

Enfin, nous clôturerons ce travail par la mise en lumière des limites que comporte notre étude, et des études qu'ils pourraient être utiles de mener sur ce même thème selon nous.

Partie Théorique

Partie Théorique

1. Définition et conséquences de l'âgisme sur les personnes âgées

1.1. Définition de l'âgisme

Il nous paraît important de commencer cette revue de littérature par la définition et l'explication des conséquences de l'âgisme sur les sujets âgés, puisqu'il s'agit d'une thématique que nous allons aborder à nouveau par la suite.

L'OMS définit l'âgisme comme : « [...] Le fait d'avoir des préjugés ou un comportement discriminatoire envers des personnes ou des groupes en raison de leur âge. L'âgisme peut prendre de nombreuses formes, notamment des comportements fondés sur des préjugés, des pratiques discriminatoires ou des politiques et pratiques institutionnelles tendant à perpétuer les croyances de ce type. » (World Health Organization, 2016). De manière plus concise, le dictionnaire Larousse définit l'âgisme comme une : « Attitude de discrimination ou de ségrégation à l'encontre des personnes âgées. » (Larousse, 2020). Le terme n'est pas nouveau, et c'est Butler en 1969 qui décrit ce phénomène pour la première fois, en parlant « d'agéisme » qui, d'après lui : « Reflète un profond malaise de la part des jeunes et des personnes d'âge moyen, un dégoût personnel pour la vieillesse, la maladie, l'invalidité, et la peur de l'impuissance, de l'inutilité et de la mort. » (Butler, 1969).

Enfin, et toujours d'après l'OMS, l'âgisme serait encore plus répandu que le racisme ou le sexisme (World Health Organization, 2016), représentant le facteur de discrimination le plus important dans notre société actuelle, dépassant les discriminations sur le sexe, l'origine ethnique ou la religion (Adam et al., 2013).

1.2. Conséquences directes de l'âgisme sur les personnes

âgées

Dans cette partie nous vous proposons un bref passage en revue des différentes conséquences que peut avoir l'âgisme sur la santé, l'estime de soi ou les performances mnésiques des aînés. Nous aborderons plus loin dans ce travail les comportements âgistes que peuvent avoir les soignants, notamment dans le cas de l'oncologie, et les conséquences de ces comportements sur la prise en charge et les soins oncologiques des sujets âgés.

Le premier impact, et non des moindres, de l'âgisme sur les sujets âgés concerne leurs capacités mnésiques. En effet, il a été démontré par plusieurs auteurs que l'activation des stéréotypes négatifs, même très légère, envers les personnes âgées entraînera une diminution de leurs performances mnésiques (Levy, 1996 et Hess et al., 2002 ; repris par Macia et al., 2007). Chasteen et al. (2005) ont mené trois études portant sur le rôle que peut jouer la menace du stéréotype sur les performances mnésiques des participants âgés comparativement aux participants plus jeunes. Dans chacune de ces trois études les performances mnésiques des plus âgés (que ce soit dans des tâches de reconnaissance ou de rappel) étaient plus faibles que les performances des plus jeunes, montrant par là un impact négatif de la menace du stéréotype sur les performances des sujets âgés aux tâches de mémoire. Weiss (2016) étudie l'impact des stéréotypes négatifs liés à l'âge, ajoutés à des croyances essentialistes sur le vieillissement, sur les performances mnésiques des sujets âgés. Les croyances essentialistes sur le vieillissement définissent le vieillissement comme un processus déterminé biologiquement et non modifiable. Ainsi, selon Weiss (2016), lorsque l'on active les stéréotypes négatifs liés à l'âge, et que le sujet âgé présente des croyances essentialistes, on observe une diminution des performances dans les tâches de rappel libre, comparativement aux personnes dont les stéréotypes n'ont pas été activés. Cependant, lorsque l'on active les stéréotypes liés à l'âge chez les participants ne présentant pas de croyances essentialistes sur le vieillissement, ceux-ci obtiendront de meilleures performances aux tests mnésiques, comparables aux sujets dont les stéréotypes n'ont pas été activés. L'auteur met cela sur le compte d'une réactance au stéréotype, et conclut en avançant qu'un changement dans les croyances essentialistes concernant le vieillissement pourrait être un bon moyen pour les personnes âgées de se défendre face aux stéréotypes âgistes.

L'impact que peut avoir l'âgisme ne concerne pas que les performances mnésiques et Levy (2009) propose une synthèse de ses différentes expérimentations concernant l'impact des stéréotypes négatifs liés à l'âge sur les sujets âgés, dont quatre de ces expérimentations avec leurs conclusions nous ont parus pertinentes pour ce travail.

- **Les stéréotypes négatifs ont des conséquences sur la santé physique des sujets âgés.** Les sujets expérimentant tôt des stéréotypes négatifs sur le vieillissement seront plus susceptibles de présenter des soucis de santé (notamment cardiovasculaires) plus tôt que les sujets sans stéréotypes négatifs. En effet, en étudiant un échantillon de 440 participants de 18 à 49 ans, Levy constate que les sujets ayant le plus de stéréotypes négatifs lors des mesures de base sont plus susceptibles de subir des soucis cardiovasculaires dans les 38 années suivantes. Ces résultats se retrouvent aussi parmi des échantillons plus jeunes, puisque des individus âgés de 18 à 29 ans, et présentant des stéréotypes négatifs sur le vieillissement, ont presque deux fois plus de risque de subir des troubles cardiovasculaires après 60 ans (Levy et al., 2009). En outre, il apparaît que lorsque l'on soumet des individus à des stéréotypes âgistes (même de façon subliminale) on observe une augmentation de leur réponse cardiovasculaire au stress, tandis que lorsque les individus sont exposés à des stéréotypes positifs, la réponse cardiovasculaire aura tendance à diminuer (Levy, 2009).
- **Les stéréotypes négatifs influencent les comportements de santé des personnes âgées.** Les sujets âgés présentant des stéréotypes négatifs sur le vieillissement sont moins enclins à prendre soin de leur santé. En effet, du fait de leurs stéréotypes les personnes âgées voient leurs ennuis de santé comme inhérents au vieillissement, et de ce fait considèrent qu'il est inutile d'acquérir des pratiques de bonne santé (Levy, 2009). Ajoutons à cela que les stéréotypes négatifs engendrent une diminution du sentiment d'auto-efficacité des sujets (Levy, 2009), c'est-à-dire leur croyance dans leur capacité à réaliser une tâche, rendant encore plus compliquée la mise en place de nouveaux comportements de santé.
- **Les stéréotypes négatifs impactent la volonté de vivre des sujets âgés.** Lorsque l'on présente aux personnes âgées des stéréotypes liés à l'âge (de manière subliminale), et qu'on leur demande ensuite si elles seraient prêtes à

choisir des soins pour prolonger leur espérance de vie suite à une maladie potentiellement fatale, on observe que les personnes exposées aux stéréotypes négatifs sont plus enclines à rejeter ces soins, comparativement aux personnes exposées à des stéréotypes positifs, plus enclines à accepter ces soins (Levy, 2009).

Enfin, deux autres conséquences de l'âgisme qu'il nous paraît important d'aborder dans ce point concernent l'estime de soi et la santé perçue. En effet, en 1999 Palmore (repris par Enguerran et al., 2007) abordait les problèmes d'estime de soi des personnes âgées que pouvaient créer les stéréotypes négatifs âgistes. En se basant sur ce postulat, Enguerran et al. (2007) se proposent d'évaluer l'impact des stéréotypes âgistes sur l'estime de soi et la santé perçue des sujets âgés, en utilisant respectivement l'« Echelle toulousaine d'estime de soi pour personne âgées » de Piquemal-Vieu (car spécifique aux personnes âgées) et une question à quatre modalités de réponse : «Vous trouvez-vous : en bonne santé, plutôt en bonne santé, plutôt en mauvaise santé, ou en mauvaise santé ?» (Enguerran et al., 2007). Ainsi, les auteurs observent une différence concernant l'estime de soi uniquement entre les participants exposés aux stéréotypes (négatifs et positifs), et les participants exposés aux stéréotypes négatifs présentent des scores d'estime de soi plus faibles que les autres participants. Enfin, en ce qui concerne la santé perçue, il apparaît que lorsque les sujets âgés sont exposés à l'âgisme, ces derniers ont tendance à évaluer leur santé plus négativement que d'autres.

Nous avons abordé dans ce point les conséquences directes des stéréotypes âgistes sur les aînés : faible estime de soi, perception plus négative de sa santé, difficultés à s'engager dans des comportements de santé, plus faible sentiment d'auto-efficacité, risques de troubles cardiovasculaires plus élevés, et une augmentation des troubles mnésiques. Il existe d'autres conséquences de l'âgisme touchant les personnes âgées, notamment dans le contexte médical et oncologique, point que nous aborderons plus loin dans notre travail.

2. Oncologie et personnes âgées

2.1. Prévalence des cancers chez les sujets âgés

Le principal facteur de risque de développement d'un cancer est l'âge (Colussi, 2001 ; *Le cancer en chiffres / Fondation contre le Cancer*, 2019). Ainsi, c'est après 65 ans que l'on repère plus de 65% des cancers du poumon, et chez l'homme, l'occurrence de ces cancers, de l'ordre de 150 pour 100 000 pour la tranche d'âge des 50-55 ans, passe à plus de 500 pour 100 000 pour la tranche d'âge des 70-74 ans (Pignon, 2000). En outre, bien que les cancers du sein et de l'ovaire soient généralement considérés comme des cancers survenant immédiatement après la ménopause, la moitié de ceux-ci sont découverts chez les femmes après 65 ans, et l'incidence la plus élevée de ces cancers se retrouve dans la tranche d'âge des 75-79 ans et 80-84 ans (Pignon, 2000). Enfin, chez les hommes, les cancers de la prostate, du poumon, et colorectaux sont responsables à 45% de la mortalité par cancer ; tandis que chez les femmes ce sont les cancers du sein, colorectaux, du poumon et de l'ovaire responsables à 47% de la mortalité par cancer (Rigal, 2006).

Ainsi, en 2017, en France, on dénombrait 115 158 décès par cancers chez les plus de 65 ans, dont la majorité (55.5%) chez les hommes, et 37 305 décès de cancer chez les 85 ans et plus, soit 24,8% de l'ensemble de la mortalité par cancer (Institut Nationale du Cancer, 2018).

En ce qui concerne la Belgique, on estime qu'en 2016 il y a eu 68 216 nouveaux diagnostics de cancer : 36 243 cas chez les hommes et 31 973 cas chez les femmes (Belgian Cancer Registry, 2018). Il apparaît de plus que la prévalence des cancers augmente avec l'âge, et que l'incidence et la mortalité sont plus élevées parmi les hommes et les femmes âgés de 80 ans et plus, puisque l'on observe en effet un pic d'incidence à cet âge-là, bien que celui-ci diminue après les 90 ans (Fig. 1) (Belgian Cancer Registry, 2018).

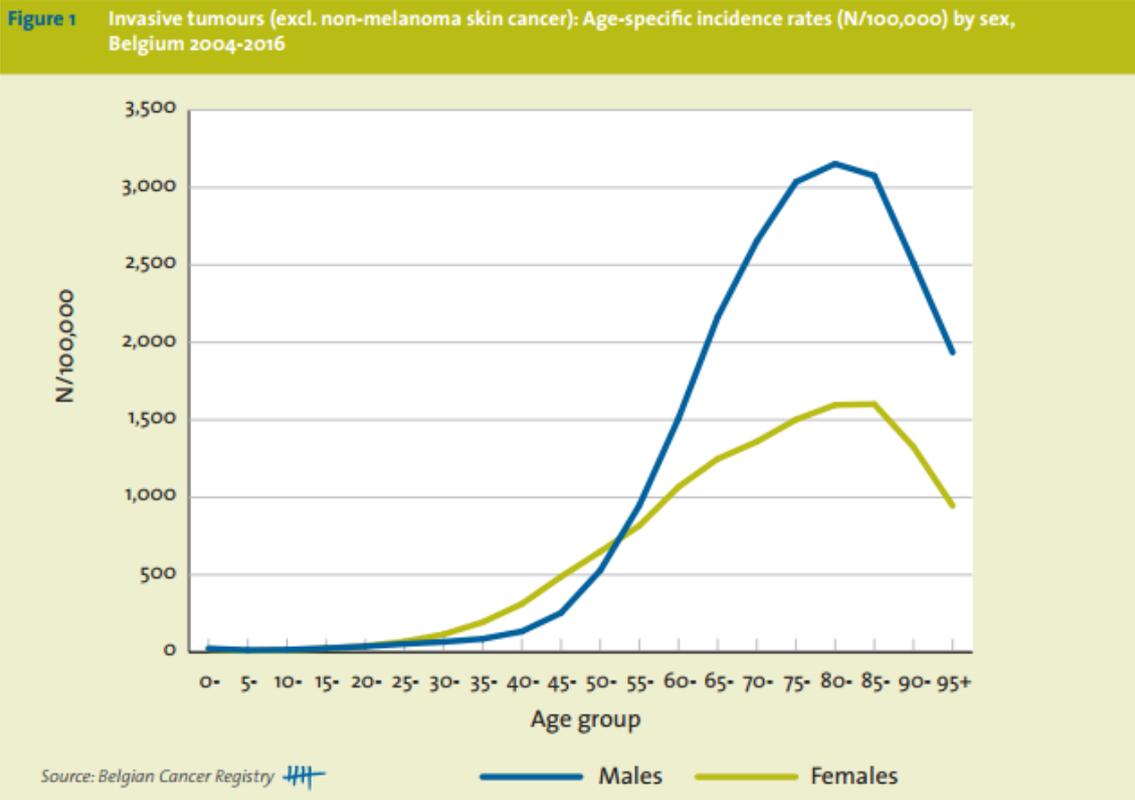


Figure 1: Taux d'incidence des tumeurs invasives selon l'âge et le sexe. Source: [https://kankerregister.org/media/docs/SKR_publicatie2018_CancerinanAgeingPopulation\(landscape\)5_12_2018.pdf](https://kankerregister.org/media/docs/SKR_publicatie2018_CancerinanAgeingPopulation(landscape)5_12_2018.pdf)

Ainsi, la figure 2 indique quelles sont les trois tumeurs que l'on retrouve le plus fréquemment chez les hommes de plus de 70 ans (en Belgique en 2016) : les cancers de la prostate (4 493), des poumons (2 766) et colorectal (2 594).

Chez les femmes de plus de 70 ans les trois cancers les plus fréquents sont les cancers des seins (3 560), colorectal (2 280) et des poumons (1 099) (Fig. 2) (Belgian Cancer Registry, 2018).

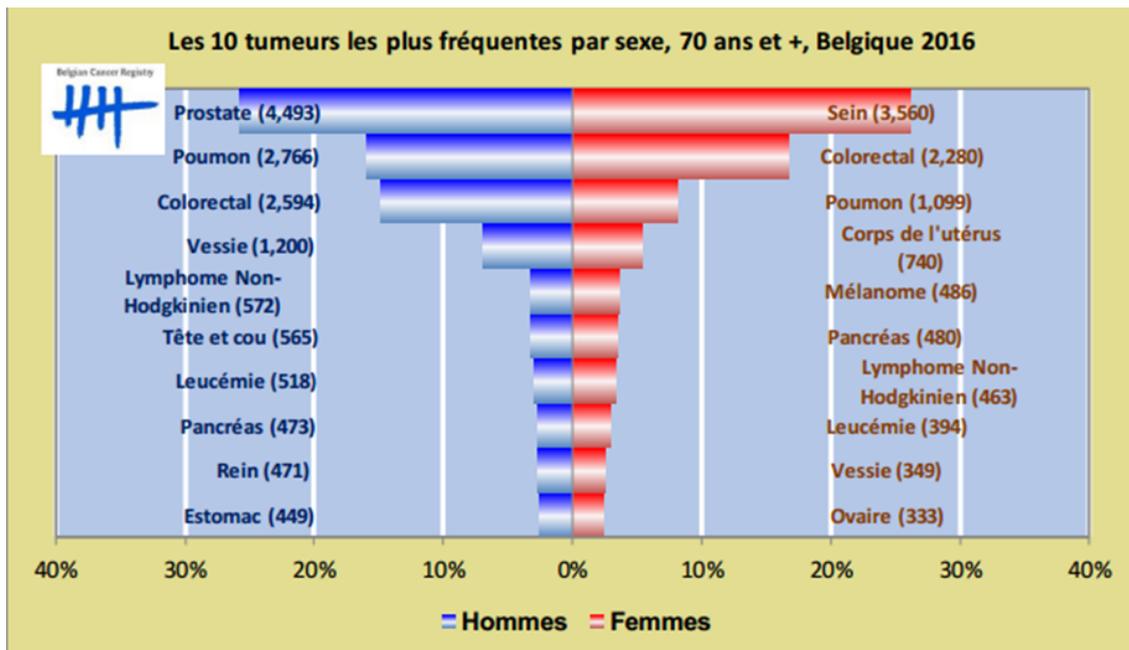


Figure 2: Les 10 tumeurs les plus fréquentes par sexe pour les 70 ans et plus. Source: <https://kankerregister.org/media/docs/publications/FRCCommuniqu%C3%A9depreste03122018.pdf> :

Enfin, la Belgian Cancer Registry fait tout de même état d'une évolution positive en ce qui concerne la survie de cette population. On estime en effet qu'en 2016 plus de 160 000 sujets âgés (dont 11% des 70 ans et plus) ont survécu 10 ans après l'annonce du diagnostic.

2.2. Prise en charge oncogériatrique

2.2.1. Une prise en charge difficile

Comme énoncé précédemment, les personnes âgées risquent davantage de développer un cancer que le reste de la population. Malgré cela, la prise en charge des médecins envers ces patients ne sera pas la même que celle offerte aux sujets plus jeunes, bien qu'atteints du même type de pathologie (Kennedy, 1991 ; O'reilly, 1991 ; Madan et al., 2001 ; Peake et al., 2003, Townsmey et al., 2005 ; Heitz et Castel-Kremer, 2006 ; Adam, 2013 ; Schroyen et al. 2014 et 2015, Craigs et al., 2018).

En effet, les différences de prise en charge se manifestent dès l'étape du dépistage, puisque même pour les quelques cancers dont le dépistage peut être bénéfique (comme le cancer du sein ou du côlon), les sujets de plus de 70 ans n'y participent pas, et quasiment aucun sujet de plus de 74 ans n'est inclus dans ces dépistages (Pignon, 2000, Rigal, 2006, Heitz, 2006), et ce parfois pour des raisons économiques, comme pour le cancer colorectal par exemple (Shankar et Taylor, 1998). On peut donc dire que plus l'individu avance en âge, moins il aura tendance à se faire dépister, et la plupart des médecins seront réfractaires à recommander cette procédure. Cette absence ou retard de dépistage conduit alors à poser un diagnostic plus tardivement, puisque d'une part les personnes âgées connaissent peu les signes et symptômes liés au cancer (et ne savent pas forcément que les risques augmentent avec l'âge) (Colussi et al., 2001), mais aussi parce que les médecins ont des difficultés à distinguer les signes du cancer parmi les modifications physiologiques et fonctionnelles liées à l'âge (Kennedy, 1991; Pignon, 2000; Colussi et al., 2001; Heitz et Castel-Kremer, 2006).

Ainsi, les principales causes retardant le diagnostic des sujets âgés sont : la méconnaissance par les médecins des symptômes les plus significatifs, la confusion avec les symptômes liés à une maladie chronique ainsi que la mauvaise interprétation par les médecins de ces symptômes (Hahn, Bergman, Van Dam, Aronson, 1994, cité par Pignon, 2000).

2.2.2. Agisme du personnel médical

Nous avons abordé plus tôt dans ce travail la notion d'agisme, désignant les discriminations dont sont victimes les personnes âgées du fait de leur âge, ainsi que les conséquences directes de cette discrimination sur les individus. Or, les médecins et soignants sont eux aussi soumis à des stéréotypes entourant les sujets âgés, stéréotypes dont ils ont parfois du mal à se détacher (Muthy et al., 2004 ; Heitz et Castel-Kremer, 2006 ; Schroyen et al. 2015 ; Adam et al., 2013).

De ce fait, une des premières manifestations de ces stéréotypes concerne les recherches cliniques et expérimentales, puisque les patients âgés en sont généralement exclus (Fentiman et al., 1990 ; Muthy et al., 2004 ; Heitz et Castel-Kremer, 2006 ; Adam et al., 2013), car perçus comme peu réceptifs aux traitements ou dont l'état pourrait se dégrader suite à celui-ci

(O'Reilly, Klimo et Connors, 1991). Cela amène à un manque d'informations concrètes concernant l'évolution biologique du cancer chez les sujets âgés (Kennedy, 1991). Cette exclusion se fait même lorsque les sujets âgés sont reconnus comme plus porteurs d'un cancer que les sujets plus jeunes. C'est notamment le cas pour le cancer du sein : on sait que plus les femmes vieillissent, plus elles risquent de développer un cancer du sein, et que ceux-ci sont plus diagnostiqués à 70-80 ans qu'à 50-60 ans. Pourtant la plupart des études réalisées à ce sujet ont exclu les femmes de plus de 70 ans, voire de plus de 65 ans, sans qu'il n'y ait de raisons méthodologiques, éthiques ou cliniques avancées à cela (Pritchard, 2007). Cette absence de représentation des patients âgés dans les protocoles expérimentaux a deux conséquences : d'une part le peu de données disponibles ne peut pas être généralisée à l'ensemble de la population âgée cancéreuse, et d'autre part, sans ces données il est difficile de mettre en place des protocoles spécifiques à la prise en charge des cancers sur les sujets âgés (Schroyen et al., 2014).

Ces stéréotypes concernent non seulement la recherche mais aussi la clinique, puisque l'âge des patients a un effet sur le type de traitement proposé par les professionnels de santé, et sur le type de soutien qu'ils apporteront aux patients âgés (O'Reilly et al., 1991 ; Pignon, 2000, Madan et al., 2001 ; Peake et al., 2003 ; Townsley et al., 2005 ; Heitz et Castel-Kremer, 2006 ; Schroyen et al. 2015 ; Craigs et al., 2018). En effet, plus la personne est âgée, moins les médecins envisagent d'avoir recours à la chirurgie, pourtant nécessaire dans la majorité des cancers, de crainte de perdre le patient (Pignon, 2000). Cette peur ne serait pourtant pas toujours justifiée, comme prouvé par Hessman, Bergkvist et Ström dans leur étude de 1997, réalisée auprès de 202 malades de cancer colorectal, âgés de plus de 75 ans. Les résultats montrent en effet que le taux de mortalité post-opératoire est de 11%, et que le taux de survie 5 ans après l'opération est de 28%, ce qui permet aux auteurs de conclure que l'âge n'est pas un facteur de risque en soit, et que cela ne devrait pas, selon eux, être un critère pour empêcher la chirurgie sur une personne. A noter cependant que nous ne savons pas si ce taux de survie est supérieur ou égal à celui des personnes plus jeunes (de 60 ans par exemple), ce qui peut représenter une limite de cette étude.

En 2001, Madan et ses confrères, font eux aussi le constat que les patients âgés ne se voient pas offrir le même traitement que leurs pairs plus jeunes, et cela même si celui-ci ne diffère pas en fonction de l'âge (comme c'est le cas pour le cancer du sein). Ainsi, ils se sont aperçus que la thérapie de conservation de la poitrine (BCT pour breast-conservation therapy) était peu utilisée pour les femmes âgées comparativement aux femmes plus jeunes, et que la raison principale de cette différence de traitement s'expliquait par une préférence du médecin

pour éviter cet acte, sans que cela ne soit expliqué d'une quelconque façon par la littérature. Madan et al. émettent cependant l'hypothèse qu'il s'agit ici d'âgisme, et pour vérifier cela, ils interrogent 116 étudiants en deuxième année de médecine, et évaluent à l'aide d'un questionnaire, quelles recommandations de traitement ces étudiants administreraient à huit patientes atteintes d'un cancer du sein. Ces patientes sont réparties en deux groupes : plus jeunes (dont l'âge est inférieur ou égal à 31 ans) et plus âgées (dont l'âge est supérieur ou égal à 59 ans). Ce qui en ressort, c'est que les étudiants recommandent le BCT pour 86% des patientes jeunes, contre 66% pour les patientes plus âgées. En outre, ils recommandent le MRM (une mastectomie radicale modifiée) pour 34% des patientes plus âgées, contre 14% pour les patients plus jeunes. Enfin, les sujets ont recommandé une reconstruction mammaire à 95% des patientes jeunes, et l'ont proposée à 65% des patientes plus âgées. Ces résultats semblent donc bien montrer la présence d'un biais d'âge dans les recommandations et les potentiels soins offerts aux patients âgés.

Enfin, une étude similaire a été réalisée par Schroyen, Missotten, Jerusalem, Gilles et Adam en 2015, auprès de 76 infirmières spécialisées en oncologie, prenant régulièrement en charge des patients de 65 ans et plus, dans le but de déterminer si le soutien montré par celles-ci concernant l'immunothérapie, la chimiothérapie ou la reconstruction mammaire pouvait être lié à l'âgisme. Pour ce faire, quatre vignettes cliniques leur ont été proposées : une présentant une immunothérapie engendrant un coût public élevé, et trois autres présentant une chimiothérapie adjuvante (administrée après une chirurgie) et une reconstruction mammaire. La moitié des infirmières se voyait attribuer, pour la première vignette clinique, des patientes âgées de 40 ans, tandis que pour l'autre moitié les patientes étaient âgées de 70 ans. Les patientes des trois autres vignettes étaient âgées d'environ 35, 55 et 75 ans, et pour chaque vignette les professionnelles devaient déterminer si elles soutenaient la patiente dans son choix de traitement à l'aide d'une échelle de Lickert, allant de 1 (pas de soutien) à 7 (soutien). Ainsi, en ce qui concerne la première vignette (à propos de l'immunothérapie), les résultats montrent que les infirmières ont plutôt tendance à soutenir les patientes jeunes que les patientes âgées. Il en va de même pour la chimiothérapie et la reconstruction mammaire, l'effet de l'âge étant cependant plus significatif pour la chimiothérapie, puisque les infirmières montrent moins de soutien aux patientes âgées de 55 que pour celles âgées de 35 ans, et cette tendance est encore plus marquée pour les patientes de 75 ans comparativement aux patientes âgées de 55 ans. Les résultats montrent donc un effet global discriminant de l'âge auprès de professionnelles de santé en ce qui concerne le soutien aux traitements reconstructifs et curatifs.

Au regard de ces études il apparaît donc que certaines décisions médicales concernant la prise en charge des personnes âgées semblent se baser sur des a priori, voire des stéréotypes concernant les personnes âgées, engendrant alors une prise en charge ou des conseils médicaux pas toujours adaptés à la situation ou au malade, ajoutant ainsi une difficulté supplémentaire dans le traitement de la maladie.

2.2.3. Les préférences de traitement des sujets âgés

Comme nous venons de le voir, le corps médical souffre de préjugés en ce qui concerne la prise en charge des sujets âgés en oncogériatrie, notamment sur le traitement que ces patients pourraient se voir administrer, puisqu'ils proposent généralement des traitements moins lourds (en pratiquant moins de chirurgies par exemple (Madan et al., 2001, Peake et al., 2003)). Cependant, lorsque l'on examine les différentes études portant sur les choix de santé des patients âgés, il apparaît que ceux-ci souhaitent connaître les informations relatives au traitement (Romito et al., 2011 ; van Weert et al., 2013) et qu'ils n'ont généralement pas de soucis à évaluer leurs options curatives et choisir un traitement qui, même s'il est lourd et présente des inconvénients, leur assurerait un bon taux de survie (Danis et al., 1988 ; Slevin et al., 1990 ; Fried et al., 2002).

Ainsi, Fried et al. (2002), ont administré à 226 patients âgés de 60 ans et plus un questionnaire concernant leur préférence de traitement, dans le but d'évaluer les variables pouvant influencer ces préférences. Les questionnaires reçus par les patients devaient évaluer leurs préférences de traitement selon trois composantes : les inconvénients que représente le traitement en question, les résultats possibles de ce traitement et la probabilité d'occurrence de ces résultats. Les chercheurs présentaient ensuite aux participants trois types de scénarios reprenant trois types de traitements avec des conséquences différentes : le premier scénario consiste en un traitement ayant peu d'inconvénients pour le patient et qui lui permet de retrouver son état de santé antérieur, et le deuxième scénario consiste en un traitement avec de forts inconvénients pour le sujet mais qui lui permettrait également de retrouver son état de santé antérieur. Le troisième scénario présente un traitement avec peu d'inconvénients mais qui aura un impact sévère sur les capacités fonctionnelles du patient (le patient est présenté dans ce cas comme étant alité ou incapable d'effectuer seul les activités quotidiennes), et le quatrième

scénario présente un traitement avec peu d'inconvénients mais qui impactera sévèrement les fonctions cognitives du sujet (ne pas reconnaître les membres de sa famille par exemple). A noter que dans ces scénarios, si le patient ne choisit pas l'un des traitements il mourra des conséquences de la maladie.

Les sujets devaient donc indiquer leurs préférences dans le cas où l'issue du traitement est certaine. Cette question concernant leurs préférences leur a été posée mais cette fois-ci dans le cas où la probabilité de résultats indésirables augmenterait constamment.

Les résultats sont présentés par les auteurs selon un diagramme que nous avons repris en figure 3. Il apparaît donc que 98,7% des participants seraient prêt à choisir un traitement avec peu d'inconvénients et qui leur permettrait de retrouver leur état de santé antérieur (scénario 1) (tout en sachant que ne pas prendre de traitement reviendrait à mourir) ; parmi ces sujets, 11,2% d'entre eux ne veulent pas du traitement proposé dans le scénario 2 (un traitement plus lourd avec plus d'inconvénients mais qui leur assure de retrouver une bonne santé). En outre, toujours parmi les participants désirant le traitement du premier scénario, ils sont 74,4% à ne pas vouloir du traitement proposé au scénario 3 (celui impliquant des troubles fonctionnels sévères) et 88,8% d'entre eux ne veulent pas non plus du traitement proposé par le scénario 4 (celui impliquant des troubles cognitifs importants), bien que ces deux scénarios impliquent des traitements plutôt légers pour le patient (présentant peu d'inconvénients).

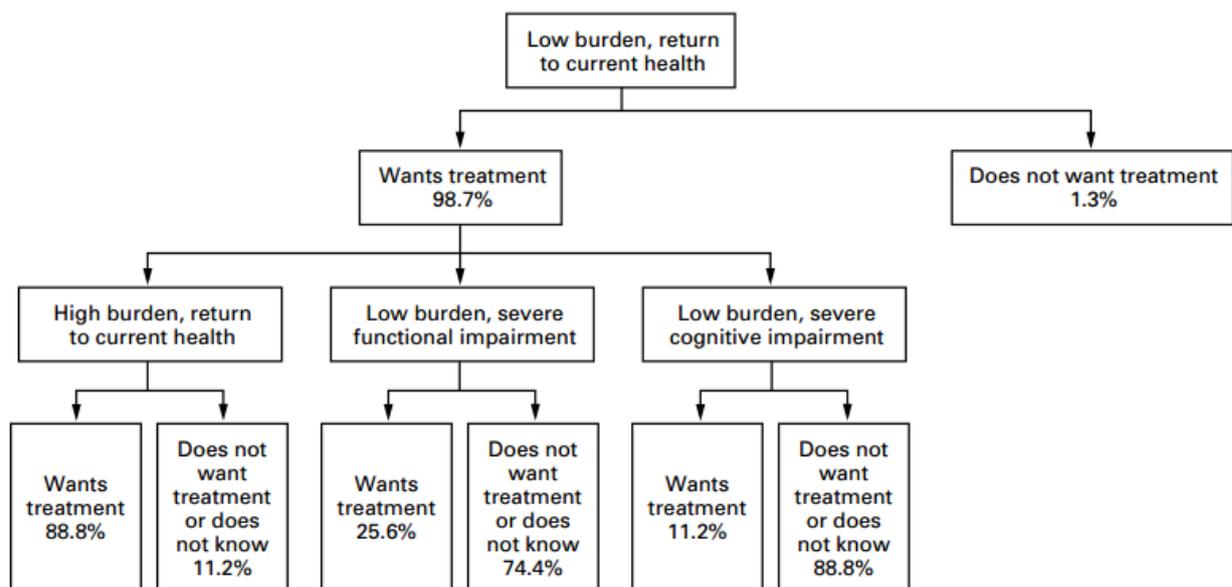


Figure 3: Préférence de traitement selon le poids et le bénéfice du traitement. Source: Fried, T. R., Bradley, E. H., Towle, V. R., & Allore, H. (2002). Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *The New England journal of medicine*, 346(14), 1061–1066. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa012528>

En outre, dans le cas où le traitement présenté dans les scénarios mène au décès, il faut attendre une probabilité de décès de 90% ou plus pour que le nombre de patient désirant ce traitement commence à diminuer considérablement. En revanche, dans le cas où le traitement amènera à des troubles fonctionnels ou cognitifs, il faut une probabilité de déficience de 50% ou plus pour que le nombre de sujets désirant le traitement commence à diminuer considérablement. Il nous paraît important de signaler que dans cette étude le diagnostic ne semble pas avoir influencé le choix des participants dans leur volonté de recevoir ou non un traitement, puisque les auteurs n'ont pas observé de différences significatives entre les préférences de traitement en fonction du diagnostic des sujets. Il apparaît donc, selon les auteurs que les préférences de sujets âgés gravement malades concernant leur traitement soient influencées par trois variables : le poids de ce traitement (s'il s'agit d'un traitement lourd ou léger pour le sujet), le résultat obtenu et la probabilité d'obtenir ce résultat.

Bien que les conclusions énoncées par l'étude soient plus pertinentes dans le cadre des soins anticipés (Advance Care Planning), cela permet tout de même de mettre en lumière les préférences des sujets âgés, et de constater que malgré ce que semble penser le corps médical et les soignants, les sujets âgés sont prêts à choisir des traitements qui, même s'ils sont lourds, leur assurent de bonnes chances de survies, et que l'élément qui semble rédhibitoire selon les auteurs, est la probabilité de déficits cognitifs et fonctionnels graves. Enfin, il nous semble important de mentionner que les auteurs ont exclu de leur protocole de recherche les sujets présentant des troubles cognitifs, de peur que ces derniers : « aient des difficultés à comprendre les questions posées » (Fried, 2002), ce qui exclut une part non négligeable des sujets âgés et empêche de ce fait l'étude d'être représentative de l'ensemble de cette population.

Malgré cela, les données présentées ci-dessus devraient tout de même être prises en considération par les médecins lorsqu'ils émettent des propositions thérapeutiques à leurs patients âgés sans troubles cognitifs.

Ces préférences de traitement ne sont pourtant pas nouvelles et ont déjà été abordées par Danis et al. (1988). La recherche portait sur 193 patients âgés de minimum 55 ans ayant déjà passé un an en soins intensifs, dans le but d'examiner leurs préférences de traitement et les circonstances qui vont influençaient leurs choix. L'évaluation de la volonté des sujets âgés de recevoir des soins intensifs se faisait grâce à deux questions hypothétiques, dans lesquelles les chercheurs demandaient aux sujets de se souvenir de leur séjour précédent en soin intensif, et d'imaginer qu'ils devenaient extrêmement malades et qu'un nouveau séjour leur permettrait de

survivre. Il leur a ensuite été demandé s'ils étaient prêts à recommencer si cela leur permettait de prolonger leur espérance de vie (en faisant varier les durées de vie que cela offrirait aux patients : de 10 ans à un mois). En plus de cela les auteurs demandaient aux sujets dans quelles circonstances ils ne voudraient absolument pas de soins intensifs. Finalement il ressort une grande volonté des patients pour les soins intensifs, même si cela leur offre une courte prolongation de leur espérance de vie. Ce sont donc 74% d'entre eux qui se montrent absolument prêts à aller en soin intensif, malgré une augmentation de leur espérance de vie d'un mois seulement. Ainsi, seulement 4% des sujets âgés interrogés refuseraient les soins intensifs, et ce quelle que soit l'espérance de vie que cela pourrait leur offrir. Enfin, parmi les sujets restants, 18% d'entre eux prendraient en compte l'espérance de vie offerte par ces soins intensifs avant de prendre une décision.

Slevin et al. (1990) arrivent à la même conclusion et ajoutent que les patients atteints de cancer sont plus susceptibles d'accepter des traitements agressifs pour des bénéfices même minimes, tandis que les médecins (généralistes et oncologistes) et infirmières sont moins susceptibles d'accepter ces traitements. Pour parvenir à cette conclusion, les auteurs ont interrogé 100 patients âgés de 23 à 80 ans atteints de tumeur et en attente de recevoir leur traitement, 100 patients non-cancéreux, placés dans le groupe contrôle, ainsi que 60 oncologues, 88 radiothérapeutes, 790 médecins généralistes et 303 infirmières. La méthode consistait à administrer aux sujets un questionnaire décrivant deux types de traitements chimio thérapeutiques : un traitement intensif incluant de nombreux effets secondaires, et un traitement plus léger incluant peu d'effets secondaires. Les sujets devaient ensuite indiquer s'ils désiraient ou non recevoir le traitement en fonction de trois critères : si le traitement leur offre une chance de guérison, si le traitement ne les guérit pas mais leur permet de prolonger leur espérance de vie, et si le traitement permet seulement de diminuer les symptômes de la maladie. Enfin, dans chaque condition les sujets pouvaient refuser le traitement. Ainsi les patients atteints de cancer avaient davantage tendance à accepter le traitement intensif, même si les bénéfices étaient plus faibles, comparativement aux sujets du groupe contrôle qui n'acceptaient le traitement intensif que contre des bénéfices plus élevés. Enfin, les médecins et infirmières étaient les moins susceptibles d'accepter le traitement lourd présentant peu de bénéfices.

Ainsi, bien que l'étude de Slevin et al. (1990) ne concerne pas directement les sujet âgés (même si le sujet le plus âgé de leur étude a 80 ans), et qu'ils n'établissent pas de différences dans le choix du traitement en fonction de l'âge du patient, les résultats sont tout de même similaires aux résultats de l'étude de Danis et al. (1988) qui se concentre sur des sujets plus

âgés (55 ans et plus). Il semble donc que malgré ce que peuvent penser beaucoup de soignants, les sujets âgés soient prêts à accepter des traitements lourds même en cas de faibles bénéfices.

Les spécificités liées au vieillissement et l'hétérogénéité de la population vieillissante doivent donc être prises en compte lors du traitement de la personne, qui doit alors nécessairement être individualisé, tant par rapport à la tumeur mais aussi par rapport à l'état du patient, d'un point de vue physiologique et pathologique (prendre en compte la polymédication des sujets et les comorbidités dont ils peuvent souffrir) (Pignon, 2000). Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, les professionnels de santé ont encore beaucoup de stéréotypes liés à l'âge de leurs patients, et leurs propositions de prises en charge ne sont pas toujours adaptées à ces derniers. Il est donc nécessaire pour la personne suivie de pouvoir se faire entendre dans le choix de ses traitements.

2.3. Une aide à la prise de décisions thérapeutiques : le CGA

Les sujets âgés, notamment au-dessus de 70 ans, représentent une population très hétérogène dont la prise en charge et les soins nécessitent l'approche la plus individualisée possible, et ce y compris dans le cadre du cancer. La prévention et le traitement du cancer auprès du sujet âgé dépendraient, selon Balducci, des réponses à ces trois questions : « Le patient mourra-t-il du cancer ? Souffrira-t-il des complications du cancer pendant la période qui lui reste à vivre ? Pourra-t-il tolérer le traitement oncologique proposé ? » (Balducci, 2007). La réponse à ces questions peut être fournie en partie par le CGA : l'évaluation gériatrique globale (*Comprehensive Geriatric Assessment*) (Coutaz & Morisod, 2011). Le CGA consiste en : « une évaluation multidisciplinaire dans laquelle les multiples problèmes du sujet âgé sont mis en évidence, décrits et si possible expliqués ; les ressources et les forces de la personne sont cataloguées pour qu'une stratégie d'intervention coordonnée soit mise en place et focalisée sur les problèmes individuels » (Solomon & al., 2003). Dans le cadre gériatrique, le CGA fait référence au processus de l'interprétation des résultats (qui est un processus multidisciplinaire) plutôt qu'à une batterie de questionnaires et de tests (Rodin & Mohile, 2007).

L'intérêt principal du CGA en oncologie est de pouvoir aider à la prise de décisions du sujet et de sa famille, notamment en les aidant à trouver l'équilibre entre les bénéfices sur le long terme et l'espérance de vie que le patient peut espérer atteindre. Le CGA est aussi utilisé

pour identifier les changements subis par le patient avec le traitement pour pouvoir l'adapter ou placer des aides supplémentaires si besoin (Rodin & Mohile, 2007 ; Coutaz & Morisod, 2011). Généralement le CGA consiste en une évaluation fonctionnelle et cognitive du sujet, mais se penche aussi sur la médication du sujet, ses comorbidités, son humeur, son environnement social et enfin son statut nutritionnel (Coutaz & Morisod, 2011). Ces différents éléments sont impactés par la survenue d'un cancer, en aggravant sa propagation ou bien en compliquant le diagnostic. En effet, des difficultés dans les activités fonctionnelles de la vie quotidiennes sont généralement prédictives d'une augmentation des causes de mortalité et la présence de troubles cognitifs entraîne un diagnostic de la maladie plus tardif et moins de propositions thérapeutiques oncologiques. De plus les comorbidités sont reconnues pour influencer négativement l'espérance de vie de l'individu, et il est tout à fait possible que cela ait un impact négatif sur sa tolérance aux traitements oncologiques (Coutaz & Morisod, 2011).

Ainsi, bien qu'il soit recommandé de pratiquer ces évaluations gériatriques auprès de tous les patients âgés de plus de 70 ans atteints d'un cancer, cet outil présente quelques limites : il s'agit d'une évaluation qui prend du temps et est coûteuse, d'autant qu'elle n'a jamais été standardisée (Coutaz & Morisod, 2011). De ce fait, dans le but de réduire le temps de passation du CGA et de le simplifier, des tests alternatifs ont été créés, dont le VES-13 : *Vulnerable Elderly Survey*, un questionnaire composé de treize items pouvant être rempli par téléphone avec le patient ou bien par le patient seul. Un score de 3 ou plus indique que le patient est vulnérable et doit se voir administré un CGA complet (Coutaz & Morisod, 2011). Enfin, il apparaît que la VES-13 est un outil fiable, ayant une forte valeur prédictive d'incapacités fonctionnelles de l'individu, ce qui en fait un bon outil préliminaire pour évaluer si les patients âgés cancéreux doivent ensuite effectuer un CGA (Luciani et al., 2010).

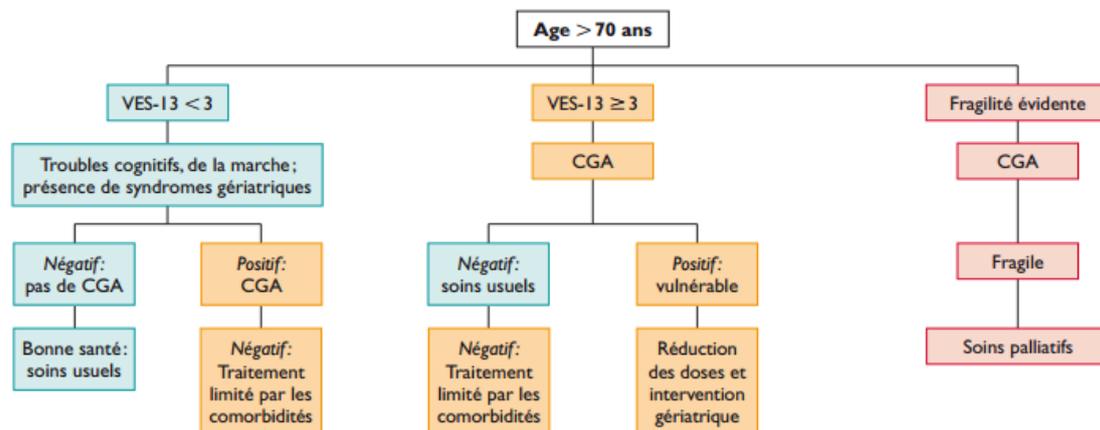


Figure 4: Evaluation d'un patient cancéreux âgé. Source: Coutaz, M., & Morisod, J. (2011). Cancer du sujet âgé : quelle évaluation préalable à la prise de décision thérapeutique ? *Revue Médicale Suisse*, 7(293), 963-967. Adapté de : Rodin, M. B., & Mohile, S. G. (2007). A Practical Approach to Geriatric Assessment in Oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 25(14), 1936-1944.

Il semble donc que l'utilisation de la VES-13, et si besoin du CGA, puissent constituer un premier pas dans une meilleure prise en charge du cancer chez les sujets âgés, permettant d'individualiser le plus possible la prise en charge qui leur est proposée.

Cependant, il s'agit ici d'outils préliminaires au diagnostic ou de suivi de traitement, qui sont destinés aux professionnels qui décident de les utiliser ou non. Les sujets âgés sont donc encore dépendants des médecins et ni la VES-13 ni le CGA ne permettent à la personne âgée de donner son avis sur les traitements qui lui sont proposés, ou de se « défendre » face aux stéréotypes dont peuvent souffrir les médecins.

2.4. Que faire face aux stéréotypes âgistes ?

Comme nous l'avons vu, les stéréotypes de certains soignants auront un impact sur la prise en charge du cancer qui sera offerte aux patients âgés (O'Reilly et al., 1991 ; Kennedy, 1991 ; O'reilly, 1991 ; Pignon, 2000 ; Madan et al., 2001 ; Peake et al., 2003, Townsley et al., 2005 ; Heitz et Castel-Kremer, 2006 ; Adam, 2013 ; Schroyen et al. 2014 et 2015, Craigs et al., 2018). Cependant, ces stéréotypes auront aussi un impact sur le vécu que le patient a de son

cancer, puisque l'âgisme des professionnels perçu par les femmes âgées atteintes d'un cancer du sein sera associé avec plus de douleurs physiques, une moins bonne santé mentale ou encore une satisfaction générale envers les soins reçus plus faible (Mendelblatt et al., 2003). En outre, il apparaît aussi que les survivantes du cancer du sein plus âgées qui ont des croyances négatives à propos de la gestion des symptômes, qui ont perçu des attitudes négatives envers elles de la part de leurs soignants, ou encore qui éprouvaient des difficultés à communiquer à propos de leurs symptômes, ressentaient une qualité de vie moins élevée (Yeom et Heidrich, 2009).

Ainsi, pour assurer une prise en charge optimale pour les sujets âgés cancéreux, et diminuer l'impact des stéréotypes négatifs à leur rencontre, il existe plusieurs types d'interventions qui peuvent être mises en place, tant pour les professionnels de santé que pour les patients (Schroyen et al., 2014).

Pour ce qui est des soignants, différentes études montrent l'importance de la psychoéducation. En effet, ces programmes permettent aux étudiants infirmiers et aux infirmiers, d'une part de mieux connaître les spécificités liées au vieillissement, et d'autre part, de leur faire prendre conscience des stéréotypes qui peuvent affecter leurs comportements de soin (Koh et al., 2012 ; Yu et al., 2012). En outre, proposer aux infirmiers travaillant en maison de repos des sessions spécifiques de psychoéducation, à propos du type de langage utilisé auprès des résidents, pourrait être un moyen efficace de leur faire prendre conscience de leurs biais de langage (notamment l'utilisation d'un langage infantilisant dit *elderspeak*) et de pouvoir y remédier (Williams et al., 2003 ; Williams, 2006). D'autres pistes d'interventions, toujours envers les soignants, peuvent se trouver du côté de la psychologie sociale, comme par exemple adopter le point de vue de quelqu'un d'autre pour décrire une situation, ou encore « exposer » les professionnels à un membre admirable du groupe stigmatisé (Schroyen et al, 2014). Enfin, Gaggioli et al., 2014 ont mis en avant que l'utilisation des réminiscences intergénérationnelles auprès de personnes âgées et d'enfants permet d'une part de diminuer le sentiment de solitude des sujets âgés et d'augmenter leur qualité de vie perçue, et d'autre part, cela permet aux enfants de changer de manière positive leur attitude envers les personnes âgées.

Pour ce qui est des patients, une méthode consiste à amener les personnes âgées à repenser à leurs relations avec leurs petits-enfants, ce qui, à travers la diminution de leur anxiété, leur permet d'obtenir de meilleures performances à des tâches complexes (Abrams et al., 2008). Ainsi, dans le cadre spécifique de l'oncogériatrie, cette technique pourrait s'utiliser avant un

rendez-vous médical, le médecin parlant avec son patient des petits-enfants de ce dernier afin de le rassurer (Schroyen et al., 2014). Enfin, les psychologies sociales mettent en avant deux concepts pour aider les personnes âgées à se défendre face aux stéréotypes âgistes. Le premier concept implique d'activer un « contre-stéréotype » qui viendra contrebalancer le stéréotype négatif initial (Blair, 2002). Le deuxième concept est l'affirmation de soi : « se concentrer sur un aspect important de sa vie qui n'est pas lié à la menace, ou s'engager dans une activité qui n'est pas connectée avec la menace et qui met en avant certaines valeurs importantes pour la personne » (Schroyen et al., 2014). C'est ce concept d'affirmation de soi que nous allons approfondir dans ce travail, en explicitant les concepts à la base de ce dernier : la dissonance cognitive et le self, puis en explicitant quels sont les mécanismes principaux de cette méthode et comment cela peut être utilisé auprès des personnes âgées ou en oncologie.

3. L'affirmation de soi comme moyen de défense face aux stéréotypes.

3.1. Une base de l'affirmation de soi : la dissonance cognitive

En 1957 Festinger constate que malgré la dangerosité de la cigarette les fumeurs continuent de fumer, induisant ce qu'il appelle une dissonance cognitive : bien qu'ils sachent que leur comportement est dangereux pour leur santé, ils continuent dans cette voie (Festinger 1957, repris par Steele, 1988).

Selon la psychologie sociale, une dissonance cognitive survient lorsque : « les circonstances amènent une personne à agir en désaccord avec ses croyances, cette personne éprouvera un état de tension inconfortable appelé dissonance » (Deswarte, 2005-2019). Il s'agit donc d'un état survenant lorsque le sujet est tiraillé entre son comportement et ses croyances/pensées. Ainsi, d'après Festinger cette dissonance peut être réduite en changeant ses habitudes (ne plus fumer), en rationalisant la pensée ou en diminuant son importance.

Un élément fondamental jouant un rôle dans l'émergence d'une dissonance est le concept de Soi. C'est l'écart entre une cognition (une pensée) et les standards de conduite personnelle, propres au sujet qui amène à la dissonance. En outre, selon Steele, si le Soi est menacé par une dissonance cognitive, alors cela touchera le Soi dans son intégralité (Deswarte, 2005-2019).

En se basant sur le travail de Festinger, Steele (1988), parle de processus d'affirmation de soi, qui sont activés lorsqu'une information menace la perception qu'a le sujet de son intégrité, avec pour but de rétablir une bonne image de soi, à la fois cohérente et moralement acceptable. Le sujet peut retrouver une intégrité de soi à travers la rationalisation, l'explication et/ou l'action vis-à-vis de cette dissonance cognitive. En reprenant l'exemple de Festinger vis-à-vis des fumeurs, Steele avance que ce n'est pas l'incohérence de fumer en elle-même qui est menaçante pour le sujet, mais l'incohérence que cela amène à la perception de l'intégrité de soi, puisque cela implique que le sujet soit idiot ou incapable de contrôler un comportement important. De ce fait, et contrairement à ce que Festinger avance, le fumeur n'a pas besoin de résoudre l'incohérence qui a provoqué la dissonance cognitive, mais il a plutôt intérêt à s'engager dans : « une affirmation d'auto-assurance générale » (Steele, 1988). Bien que l'incohérence persiste, elle représente moins de menaces pour l'auto-détermination globale du sujet et est donc plus supportable pour lui, puisque cela intervient dans un contexte d'autres idées personnelles valorisées (Steele, 1988).

3.2. Le concept du Soi, une autre base de l'affirmation de soi

Le terme de Self, que l'on pourrait traduire de l'anglais par soi, est un terme psychanalytique provenant de Winnicott, qui fait la distinction entre « Vrai Self » et « Faux Self ». Le Vrai Self, désigne le sujet et est concordant avec l'image qu'il se fait de lui, l'individu aura suffisamment confiance en lui et dans son environnement pour l'accepter et le montrer. Le Faux Self en revanche, désigne une image que le sujet s'est constitué, afin de s'adapter à une situation anormale, il s'agit là surtout d'un moyen de défense de la part du sujet (Giffard, s.d).

Sherman et Cohen (2006) rajoutent au concept de Self le concept d'intégrité du Self, qu'ils définissent comme le sentiment qu'a le sujet que dans l'ensemble il est une bonne personne, c'est-à-dire qu'il correspond aux attentes culturelles et sociétales du milieu dans

lequel il évolue (et qui bien sûr sont différentes d'une personne à l'autre). Cette intégrité peut cependant vite se retrouver en état de vulnérabilité puisque plusieurs fois par jour, surviennent de nombreux échecs et événements que nous percevons comme menaçants pour notre Self. Ces événements peuvent être de différentes natures : il peut s'agir d'un retour négatif sur son travail ou d'un individu apprenant que certains de ses comportements mettent sa santé en danger (fumer, boire, consommer du cannabis etc.) (Sherman et Cohen, 2006). Ainsi, même si ces menaces peuvent prendre différentes formes, selon Leary et Baumeister (2000), le point commun entre toutes celles-ci est qu'elles impliquent pour le sujet des écarts (réels ou perçus) vis-à-vis des normes sociétales et culturelles significatives à ses yeux, lui faisant craindre l'exclusion ou le rejet social. Parmi ces menaces, ce sont les informations suggérant que les comportements du sujet sont dangereux pour sa santé qui sont les plus coûteuses en termes de traitement défensif, puisque celles-ci suggèrent que le sujet a fait preuve d'imprudence vis-à-vis de sa santé. Ainsi, plutôt que de répondre à la menace par un changement de comportement, les individus ont plutôt tendance à résister à ces messages et persister dans leurs comportements risqués (Sherman et Cohen, 2006).

Jemmott, Ditto et Croyle (1986) avancent quant à eux que la perception de la prévalence d'un trouble de santé influence le jugement que le sujet a concernant la gravité de ce trouble. Pour tester cette hypothèse, ils décident de créer un trouble fictif : une carence enzymatique affectant le fonctionnement pancréatique, et recrutent 60 étudiants. Ces étudiants sont séparés en deux groupes : un groupe personnellement concerné par cette information (en leur faisant croire qu'ils ont cette carence), et un groupe qui ne l'est pas (en leur faisant croire l'inverse).

De plus, Jemmott et al. (1986) supposent que la perception de la prévalence est plus élevée sur le sujet si celui-ci pense qu'elle concerne des personnes qui lui sont similaires. Pour manipuler la perception du sujet, ils ont donc fait varier le nombre d'étudiants supposément atteints de la carence, présents dans le laboratoire. Ainsi, la moitié des sujets faisait partie du groupe « prévalence faible », et pensait qu'une personne sur 5 dans le laboratoire avait cette carence ; et l'autre groupe « prévalence élevée » pensait que 4 étudiants sur 5 l'avaient. Les résultats montrent finalement que les sujets du groupe « prévalence élevée » évaluent cette menace comme plus grave et plus sérieuse que les sujets du groupe « prévalence faible ». De plus, les sujets qui se pensaient atteints par cette carence l'ont évaluée comme moins sérieuse, tandis que les sujets qui ne se pensaient pas atteints l'ont évaluée comme plus grave. Cela montre bien l'influence de la perception de la prévalence d'un trouble de la santé sur le jugement de sa sévérité. Ces résultats peuvent être expliqués en partie parce que les sujets se

sentent moins concernés car ils ne sont pas familiers avec cette carence (qui a été inventée par les auteurs), mais aussi car ils se sentent menacés par cette information et se réfugient dans une forme de déni. Cela pourrait constituer un élément d'explication quant à la mauvaise prise en charge des personnes âgées souffrant de cancer : comme la société parle peu des cancers de sujets âgés et fait moins de prévention à ce propos (Pignon, 2000), ceux-ci peuvent se sentir moins concernés et donc moins à risque de développer la maladie.

Une explication de cette réaction présentée par les participants de Jemmott et al. provient de Gilbert et al. (1998), qui avancent que nous possédons un « système immunitaire psychologique », qui nous permet de nous adapter et de nous protéger face à la menace. Ils définissent le système immunitaire psychologique comme la somme de méthodes, simples ou compliquées, permettant à l'individu d'ignorer, d'argumenter, de réarranger ou de transformer les informations, dans le but de contrer les conséquences affectives des événements négatifs. Ainsi, la réduction des dissonances cognitives, la rationalisation, le raisonnement motivé ou encore l'affirmation de soi, ne sont que quelques-unes des différentes méthodes ou stratégies que le sujet peut mettre en place pour se protéger.

Enfin, face à une menace pour l'intégrité de soi, Sherman et Cohen (2006) avancent qu'un individu peut mettre en place trois types de réponses. Dans un premier temps, celui-ci peut s'adapter à la menace et s'en accommoder. Cela reviendrait à l'accepter et l'utiliser par la suite comme une base pour changer de comportement. Cette solution peut être difficile à mettre en place pour le sujet, selon que la menace touche une partie importante de son identité. Le deuxième type de réponse que le sujet peut utiliser consiste en une adaptation psychologique directe face à la menace. Il peut s'agir de changer son point de vue sur cet événement, ou bien, sur un mode plus défensif, nier ou éviter la menace. Cependant, cette stratégie empêche le sujet d'avoir accès à des informations potentiellement importantes pour lui, et c'est pourquoi Sherman et Cohen (2002) la considèrent comme un biais défensif. Une troisième réponse est possible, découlant des théories de l'affirmation de soi, et consiste à nouveau en une adaptation de la part du sujet. Cependant, l'adaptation est ici indirecte, puisqu'il s'agit pour le sujet de mobiliser des ressources personnelles, qui ont de la valeur à ses yeux et qui ne sont pas en lien avec la menace. Il peut s'agir d'activités qui mettent en avant des valeurs importantes aux yeux du sujet.

3.3. Les techniques et mécanismes d'affirmation de soi

Dans « *The Psychology Of Self-Affirmation : Sustaining The Integrity Of The Self* » (1988), Steele émet trois propositions pour expliquer quels sont, selon lui, les processus d'affirmation de soi. Le premier processus serait l'émergence d'une motivation pour s'affirmer, le second processus concerne la réduction du motif d'affirmation de soi, et le troisième processus porte sur le choix des moyens pour s'affirmer (Steele, 1988).

Premier processus : l'émergence d'une motivation pour l'affirmation de soi. Steele part du postulat que ce sont des cognitions menaçant l'intégrité de soi du sujet qui vont amener chez le sujet une volonté de rétablir sa perception de soi. De nombreux facteurs peuvent induire ses cognitions comme l'environnement du sujet, le comportement d'autres individus envers lui, le comportement du sujet etc.

Second processus : la réduction du motif de l'affirmation de soi. La raison qui a poussé le sujet à s'affirmer en premier lieu peut être réduite par des changements de comportements ou de cognitions qui vont, dans un premier temps réduire la menace initiale ou la perception que le sujet a de la menace ; puis dans un second temps, permettre au sujet de restaurer son intégrité de soi. Steele ajoute que le sujet peut restaurer son intégrité de soi en soutenant une image de lui-même valorisée, image qui doit être aussi importante pour l'individu que la représentation qu'il a de la menace dont il se défend (Steele, 1988).

Troisième processus : le choix des moyens d'affirmation de soi. Enfin, Steele avance que pour s'affirmer les sujets font leur choix selon que l'adaptation recherchée est disponible, c'est-à-dire dans la mesure où celle-ci est accessible par les sujets dans leur perception, leur mémoire ou leur imaginaire. Le sujet étudie alors le ratio coût-efficacité probable de ces adaptations disponibles.

En outre, il existe différentes techniques d'affirmation de soi, comme par exemple le fait de rendre saillantes des valeurs importantes pour le sujet. C'est cette technique qu'ont utilisé

Sherman, Nelson et Steele (2000), dans leur article « *Do messages about health risks threaten the self? Increasing the acceptance of threatening health messages via self-affirmation* » dans le cadre de la prévention contre le cancer du sein. Dans cette étude, ils font appel à 60 étudiantes de l'université de Stanford : 28 sont des buveuses de café et 32 n'en boivent pas. Dans chacun de ces groupes les participantes sont divisées en deux groupes : un groupe affirmation de soi et un groupe non-affirmation. Par petits groupes de 2 à 5 étudiantes, les participantes doivent compléter deux tâches : l'une mesurant des valeurs personnelles (elles doivent lister 5 valeurs par ordre de préférence), et l'autre leur demandant de se positionner par rapport à un (faux) article scientifique, faisant le lien entre la consommation de café et l'augmentation du risque de cancer du sein, et tirant la conclusion qu'une diminution de la consommation de café diminue ce risque. Ce qui en ressort, c'est que les buveuses de café sont plus critiques envers cet article que les non-buveuses. Cependant, les buveuses de café à qui l'on a demandé d'affirmer l'importance personnelle qu'une valeur revêt pour elles, sont plus ouvertes au message de l'article, et plus enclines que les autres groupes à diminuer leur consommation de café. Sherman et al. avancent que c'est parce que ces femmes ont satisfait leur besoin de protéger leur estime personnelle à travers cette affirmation de soi qu'elles sont plus aptes à accepter le message et à vouloir s'engager dans un changement de comportement.

Dans une autre étude, concernant également le risque de cancer du sein, Reed et Aspinwall (1998), ont utilisé une autre méthode d'affirmation de soi. Ils ont réalisé leur étude auprès de 66 étudiantes buveuses de café et non buveuses, départagées en deux groupes : affirmation de soi et non-affirmation de soi. À nouveau, les participantes devaient lire un article scientifique se concluant par le lien fictif entre la maladie fibrokystique du sein et la consommation de café. À la suite de cet article les candidates doivent répondre à une enquête, intitulée « inventaire d'attributs personnels », et servant à manipuler l'affirmation de soi. Il s'agissait ici pour les participantes d'indiquer, pour chaque comportement bienveillant listé, si elle l'avait déjà expérimenté, et si oui, de décrire brièvement ce comportement. Ainsi, on remarque que les consommatrices de café du groupe affirmation de soi considèrent l'article scientifique comme plus convainquant que les consommatrices du groupe non-affirmation. Il apparaît de plus que cet effet soit stable une semaine après l'expérience.

Ainsi, le point commun de ces méthodes est de rappeler au sujet les comportements, attitudes et activités qui lui tiennent à cœur et ont de la valeur à ses yeux, et pour lesquelles il est doué. Comme le disent Sherman et al. (2000) : « la logique de la théorie de l'auto affirmation suggère que si les individus peuvent réfléchir à une autre source d'identité, leur sentiment

général d'intégrité de soi sera assuré, et ils peuvent être plus enclins à considérer l'information sans avoir recours à des préjugés défensifs ».

Afin d'expliquer pourquoi l'affirmation de soi semble fonctionner pour induire des changements de comportements, Sherman réalise en 2013 une revue de littérature concernant l'affirmation de soi et liste trois propositions explicatives. La première, c'est qu'affirmer des valeurs importantes pour l'individu lui permet de stimuler et augmenter les ressources psychologiques dont il dispose pour faire face à cette menace. Il prend l'exemple de l'étude menée par Logel et Cohen (2012), auprès de femmes majoritairement en surpoids. Celles-ci sont départagées en deux groupes : affirmation, où elles doivent sélectionner une valeur importante et écrire dessus, et un groupe non-affirmation, dans lequel les candidates doivent indiquer pourquoi une valeur qu'elles apprécient peut-être importante pour quelqu'un d'autre. Suite à cela, la plupart d'entre elles ont accepté de se peser (ce qui pouvait représenter une menace pour elles), et deux mois et demi plus tard, lorsque les participantes sont revenues, Logel et al. ont constaté que celles du groupe affirmation de soi avaient maigri. La mémoire de travail des candidates a aussi été testée à ce moment-là (car il s'agit selon les auteurs d'un élément critique d'auto-régulation), et il en ressort que les candidates de la condition affirmation de soi ont de meilleurs scores de mémoire de travail, et que l'augmentation de ce score est corrélée avec une plus grande perte de poids. Ce résultat suggère qu'elles ont été en mesure, grâce à l'affirmation de soi, de libérer des ressources attentionnelles et de canaliser leur mémoire de travail vers cet objectif de santé qui est de perdre du poids.

La deuxième explication de Sherman pour expliquer les effets de l'affirmation de soi est que l'affirmation élargit la perspective qu'ont les individus concernant des informations et événements de leur vie, en leur rappelant des aspects d'eux-mêmes qui leurs sont importants. Par exemple, l'affirmation de soi permette aux sujets de moins ruminer leurs échecs, et de ne pas les voir comme plus gros qu'ils ne le sont. C'est ce qu'ont démontrés Koole et al. (1999), à travers 3 études concernant les ruminations après des échecs. Dans les trois études les sujets sont mis en conditions d'échecs puisqu'ils reçoivent un feedback négatif à propos d'un test de QI, nécessaire pour entraîner les ruminations des sujets. Dans les études 1 et 2, les participants ont eu la possibilité de s'auto-affirmer après avoir soi-disant échoué, ce qui a significativement réduit leurs ruminations. Dans l'étude 3, ils ont été en mesure de s'auto-affirmer avant de recevoir le feedback négatif, augmentant alors leurs affects positifs.

Enfin, la troisième explication donnée par Sherman indique que l'affirmation de soi amène l'individu à séparer son Soi de la menace, réduisant l'impact de cette dernière sur lui-même. C'est ce qu'ont voulu vérifier Cook et al. (2012), à travers une étude longitudinale d'un an sur 361 élèves blancs et afro-américains, où la comparaison s'est faite surtout entre les élèves afro-américains. Une de leurs hypothèses est que l'affirmation de soi crée un bouclier contre les stéréotypes négatifs dont sont notamment victimes les élèves afro-américains, et qui viennent menacer leur sentiment d'appartenance scolaire. Ainsi, la condition affirmation de soi se fait 3 semaines après les premiers tests. Celle-ci a lieu en classe avec le professeur, et les élèves du groupe affirmation de soi doivent établir une liste des valeurs qui ont le plus d'importance à leurs yeux, et expliquer ce choix par écrit. Les résultats montrent que les élèves du groupe affirmation de soi sont protégés d'un déclin de leur appartenance académique, par rapport aux autres élèves, et que ce sentiment est stable sur 2 ans.

3.4. L'affirmation de soi auprès des personnes âgées

Dans notre paragraphe sur l'âgisme, nous avons abordé une étude de Weiss (2016), qui indique qu'un sujet âgé qui ne manifeste pas de croyances essentialistes sur le vieillissement et chez qui on active des stéréotypes négatifs, présente une sorte de réactance psychologique, ce qui lui permet d'obtenir des résultats satisfaisant lors de tâches mnésiques, au moins aussi bons que les sujets dont les stéréotypes n'ont pas été activés. Weiss émet alors l'hypothèse selon laquelle la modification des croyances essentialistes que les sujets âgés ont sur le vieillissement, peut potentiellement constituer un moyen de défense pour ces derniers face à ces stéréotypes. De ce fait, il semble que lorsque les sujets âgés se retrouvent face à des discours ou tâches menaçant l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, ils peuvent s'en défendre en modifiant certaines de leurs croyances, ce qui constitue, comme nous l'avons vu, un des principes de l'affirmation de soi. En outre, l'article de Schroyen et al. (2014) présentait l'affirmation de soi comme une technique possible pour que les sujets âgés puissent se défendre face aux stéréotypes négatifs. Malgré cela, on trouve peu d'études portant sur l'utilisation de l'affirmation de soi auprès de personnes âgées, et il s'agira plutôt d'études portant sur une utilisation indirecte de cette technique, comme étant la conséquence d'un autre programme et qui influencera la satisfaction de vie de la personne ou son estime.

Ainsi, Chiang et al. en 2007, utilisent le « *Life Review Group Program* » (LRGP), dérivé des thérapies de la réminiscence, pour aider les sujets à augmenter leur adaptation et l'intégration de soi. Ils testent ce programme pendant 8 semaines, sur 75 sujets âgés entre 73 et 85 ans, afin de vérifier si le LRGP peut augmenter l'estime de soi et la satisfaction de vie des sujets institutionnalisés. Pour participer à l'étude les candidats doivent avoir plus de 65 ans, leur score de MMSE (échelle d'examen de l'état cognitif) doit être de 20 ou plus, ils ne doivent pas souffrir de symptômes de lésion cérébrale (ou juste de lésion cérébrale), ils ne doivent pas avoir déjà expérimenté le LRGP, et ils doivent être des participants volontaires. Le LRGP porte sur des souvenirs d'enfance et de l'adolescence, la famille, les amis, le travail, ce que le sujet a accompli de mieux dans sa vie. Enfin, les sujets sont répartis en deux groupes : un groupe expérimental de 36 sujets, et un groupe contrôle de 39 sujets. Les mesures post-intervention indiquent que les sujets du groupe expérimental ont vu leur estime de soi et leur satisfaction de vie augmenter significativement par rapport aux sujets du groupe contrôle. Pour les auteurs, l'augmentation de l'estime de soi serait la conséquence d'un nouveau regard porté par les sujets sur différents événements de leur vie. Cette nouvelle interprétation du passé, et donc l'intégration des événements de vie des sujets leur aurait permis de s'affirmer, et donc d'augmenter leur estime de soi. Ainsi, bien qu'il n'y ait pas de mesures de l'affirmation de soi dans cette étude, il semble pourtant, d'après les auteurs, que c'est par ce biais que le LRGP ait permis d'augmenter significativement l'estime de soi des sujets testés.

Vézina et Pelletiers proposent en 2009 une autre approche pour augmenter la qualité de vie des sujets âgés vivant en institution, appelée l'approche biographique, qui permet de : « soutenir l'identité et l'affirmation de soi de la personne âgée hébergée souffrant de déficits cognitifs ». Cependant, cette technique est ici plutôt utilisée pour que le personnel soignant puisse mieux connaître ses patients, rendant les soins plus agréables pour les sujets plutôt que de les aider à s'affirmer.

Enfin, en 2011, Braz et al. réalisent et testent un programme de compétences sociales assertives (donc d'affirmation de soi) auprès de personnes âgées. Le but de ce programme est de permettre à ces derniers de réclamer de meilleurs droits et une meilleure prise en charge. Les auteurs ont sélectionné 15 personnes qui devaient être âgées de plus de 60 ans, ne pas avoir participé auparavant à des cours concernant les droits des sujets âgés, et signé le formulaire de consentement. Les participants étaient ensuite divisés en deux groupes : un groupe expérimental, dont la moyenne d'âge était de 67,5 ans, et un groupe contrôle dont la moyenne d'âge était de 65,5 ans.

Deux instruments de mesure ont été utilisés : l'inventaire de compétences sociales pour les patients et une évaluation de la satisfaction des utilisateurs. La première échelle décrit des situations pour lesquelles le sujet doit utiliser une certaine compétence sociale impliquant des relations interpersonnelles. Le sujet doit donc estimer à quelle fréquence il agit comme suggéré par l'item, en utilisant une échelle de Lickert à 5 points (de 0 : jamais ou rarement à 5 : toujours ou presque toujours). Les sujets obtiennent un score général, ainsi que 5 sous-scores, permettant d'évaluer leur affirmation de soi : « (F1) Affirmation de soi face au risque ; (F2) Affirmation de soi dans l'expression de sentiments positifs ; (F3) Fluence et conversations sociales ; (F4) S'exposer à de nouvelles situations ou personnes ; (F5) Le contrôle de son agressivité » (Braz & al., 2011). Enfin, cette échelle est passée trois fois aux participants : en phase pré-test, en phase post-test et en suivi (4 mois après la fin de l'intervention).

En phase de pré-test, les sujets du groupe expérimental présentaient des scores « (F1) Affirmation de soi face au risque » inférieurs à ceux du groupe contrôle. Cependant, lors de la phase post-test, les scores du groupe expérimental étaient significativement plus élevés que ceux du groupe contrôle, notamment en ce qui concerne les sous-scores « (F1) Affirmation de soi face au risque », « (F2) Affirmation de soi dans l'expression de sentiments positifs », et « (F3) Fluence et conversations sociales », et surtout, ces scores étaient maintenus 4 mois après la fin de l'intervention. Ces résultats montrent donc selon Braz et al. que grâce à ce programme les sujets du groupe expérimental ont été en mesure d'augmenter leurs compétences sociales, notamment celles concernant l'affirmation de soi.

Comme nous pouvons le voir, ces études n'utilisent pas l'affirmation de soi comme intervention directe auprès de sujets âgés, mais plutôt comme un biais par lequel les sujets pourront augmenter leur estime d'eux ou acquérir des compétences assertives, ce qui, à terme, leur permettrait d'améliorer leur qualité de vie. Nous n'avons malheureusement pas trouvé d'études centrées sur l'utilisation de l'affirmation de soi par des sujets âgés pour faire face à une menace de santé. C'est pourquoi il nous semble d'autant plus important de rédiger ce mémoire concernant cette problématique spécifique.

3.5. Utilisation de l'affirmation de soi en oncologie

Comme nous l'avons vu, l'affirmation de soi permet de mieux accepter les informations de santé que nous recevons et qui nous paraissent menaçantes. C'est pourquoi certains auteurs se sont intéressés à l'utilisation de cette technique auprès de patients souffrant d'un cancer, que ce soit au moment du traitement ou pendant la période de rémission.

Ainsi, dans une étude datant de 2007, Creswell et al. souhaitent vérifier si l'affirmation de soi est un mécanisme sous-jacent des bénéfices de l'écriture expressive. Cette hypothèse fait suite à de précédentes études, dont les résultats indiquent que les femmes avec un cancer du sein, qui écrivent à propos de leurs sentiments et émotions profondes, rapportent une meilleure satisfaction de vie et un meilleur vécu de leur cancer. Le but de leur étude est donc d'examiner comment le fait d'écrire à propos de leurs émotions amène les patientes victimes d'un cancer du sein à l'affirmation de soi et à différents processus cognitifs, et comment ceux-ci affectent leur santé. Pour cela, ils recrutent 60 participantes avec un cancer du sein aux stades 1 et 2, âgées de 21 à 76 ans (moyenne d'âge de 49,5 ans). Si les patientes ont déjà été diagnostiquées comme malades récurrentes ou métastatiques, ou si elles ne savent pas écrire anglais, elles sont exclues de l'échantillon.

Ainsi, toutes les participantes ont dû rédiger pendant trois semaines, à raison de 20 minutes par session, un texte sur leur expérience à propos de leur cancer. Elles sont départagées au hasard entre 3 conditions : Expression émotionnelle, pour écrire sur leurs pensées et émotions profondes à propos de leur cancer ; Découverte d'avantages, pour écrire sur les pensées et sentiments positifs à propos de leur cancer ; et la condition contrôle, une écriture factuelle concernant leur cancer et le traitement. Les mesures concernent leurs battements de cœur (pendant les quatre sessions d'écriture, avant et après la session), et leur état de détresse, dans l'hypothèse d'un lien entre de potentiels médiateurs et le niveau de détresse qui se ferait immédiatement après la session d'écriture.

En ce qui concerne l'affirmation de soi, celle-ci a permis la diminution des symptômes physiques dans les deux conditions expérimentales (Expression émotionnelle et Découverte d'avantages), et cet effet s'est maintenu pendant 3 mois après l'étude.

Suite à cela, et pour comprendre pourquoi et comment l'affirmation de soi a influencé la santé des participantes, les auteurs, en se basant sur des études antérieures, ont souhaité tester si cette technique pouvait réduire le stress immédiatement après chaque session d'écriture. En

mesurant le niveau de détresse avant et après chaque séance d'écriture, il apparaît en effet que l'affirmation de soi est associée à une réduction de la détresse. L'affirmation de soi semble donc être une explication aux bénéfices amenés par l'écriture expressive, en termes de santé, sur des victimes de cancer du sein. Les auteurs expliquent ces résultats par la possibilité que l'affirmation de soi augmente l'estime de soi et l'auto-efficacité des patientes, leur permettant une meilleure adaptation face au cancer. L'affirmation de soi pourrait également permettre aux patientes de diminuer le stress ressenti lorsqu'elles écrivent sur leurs sentiments et pensées liés au cancer et qui peuvent être difficiles pour elles (cette explication semble la plus probable pour les auteurs).

Dans une certaine continuité, Taber et al. (2015), réalisent une étude sur les liens possibles entre l'optimisme, l'affirmation de soi spontanée, la santé mentale et cognitive, la santé physique et la recherche d'informations parmi les survivants de cancers. Ils font l'hypothèse, dans un premier temps, que l'affirmation de soi et l'optimisme sont corrélés avec certains bénéfices ; et dans un second temps, suite à l'étude de Creswell et al. (2007), ils font l'hypothèse que plus l'auto-efficacité des sujets concernant leur santé est faible, plus le lien entre l'affirmation de soi et les mesures liées à la santé du sujet se renforce. En effet, puisque l'affirmation de soi augmente l'auto-efficacité du sujet, cet effet est plus fort si le sujet dispose de moins de sentiment d'auto-efficacité.

Pour tester ces hypothèses ils ont analysé les données de 326 répondants d'une enquête nationale sur les informations de santé (*Health Information National Trends Survey*) qui ont indiqué avoir eu un cancer. Les mesures effectuées sur ces derniers concernaient : l'optimisme, les difficultés cognitives et physiques, la recherche d'informations par le sujet, l'auto-efficacité du sujet pour réunir des informations de santé, les affects du sujet, la santé comme rapportée par le sujet, et enfin l'affirmation de soi.

Finalement les auteurs ont testé 326 survivants de cancer, âgés de 24 à 96 ans (moyenne d'âge de 65,3 ans), et il en ressort qu'une plus grande affirmation de soi est associée à plus de bonheur, d'espoir, et d'auto-efficacité pour se procurer des informations sur sa santé. Une forte affirmation de soi est aussi associée à une plus faible probabilité de déficience cognitive, et à une plus grande probabilité de recherche d'informations sur le cancer. Enfin, il semble que le lien entre l'affirmation de soi, la santé rapportée, les affects positifs et la recherche d'informations de santé, soit plus fort auprès des patients ayant une faible auto-efficacité dans la gestion de leur santé. Cette étude semble donc bien reprendre les résultats de Creswell et al.

(2007) et montrer à nouveau les résultats positifs de l'utilisation de l'affirmation de soi auprès de patients atteints ou survivants d'un cancer.

Ces deux études se concentrent sur les effets de santé découlant directement du cancer. Cependant, Jacobs et al., (2019) se sont intéressés au traitement du cancer, et plus précisément à l'annonce des effets secondaires que ce traitement peut potentiellement engendrer.

En effet, selon eux, lorsque le patient est informé du traitement ou de ses probables effets secondaires, cela peut créer chez le sujet ce qu'ils appellent un effet nocif de l'information (AIE pour *Adverse Information Effect*), entraînant ainsi des conséquences négatives pour la santé ou le comportement du sujet, augmentant la probabilité de développer ces effets secondaires. Ils formulent donc l'hypothèse qu'en laissant les sujets s'auto-affirmer avant que les soignants ne leur délivrent des informations sur les potentiels effets secondaires (notamment les effets sur le fonctionnement cognitif), on diminue la prévalence de ces AIE, tout en augmentant leurs performances lors de tests de mémoire verbale. S'ils décident de tester la mémoire des sujets, c'est parce que souvent le traitement par chimiothérapie entraîne des effets négatifs sur le fonctionnement cognitif du sujet. Le but de leur étude est donc de démontrer que l'affirmation de soi permet de diminuer les signalements de problèmes par les sujets, et d'autre part, empêche la diminution des performances de mémoire après que les sujets aient été informés des problèmes cognitifs que la chimiothérapie peut engendrer.

Pour ce faire, ils ont sélectionné 90 patients souffrant de cancer gastro-intestinal, qui ont été répartis dans trois groupes : un groupe Information recevant un texte portant sur le lien entre la chimiothérapie et les performances cognitives ; un groupe affirmation de soi, où les sujets, après avoir pu s'affirmer ont reçu le même texte ; et un groupe contrôle, recevant un texte neutre qui ne fait pas mention de déclin cognitif. Les sujets ont reçu 6 questionnaires pour évaluer : les problèmes cognitifs signalés par le sujet, la conscience des stigmates (qui représente un facteur risque de développement d'AIE), les affects, les autres symptômes liés au cancer, les savoirs préexistants et les sentiments interpersonnels. Enfin, pour vérifier si la manipulation de l'affirmation de soi fonctionne, les auteurs ont utilisé l'échelle de sentiments interpersonnels.

Suite aux analyses statistiques, ce qui ressort dans un premier temps c'est que les informations relatives au traitement représentent bien une menace pour l'intégrité du sujet, puisque les sujets du groupe Information ont des scores de sentiments interpersonnels plus faibles que ceux des groupes contrôle et affirmation de soi. En outre, les sujets des groupes affirmation de soi et contrôle, ont rapporté moins fréquemment des problèmes cognitifs que les

sujets du groupe Information, et les sujets des groupes expérimentaux ont montré de meilleurs scores de performances cognitives que le groupe Contrôle. Enfin, il apparaît que lorsque la conscience du stigmatisme est élevée ou modérée, les sujets du groupe Information ont rapporté plus de difficultés cognitives que les sujets des autres conditions. Ainsi, l'hypothèse de Jacobs et al. est vérifiée puisque l'affirmation de soi a permis de réduire les effets nocifs de l'information.

4. Conclusion

Le cancer du sujet âgé est, comme nous l'avons vu, un des prochains enjeux en termes de santé, puisque plus le temps passe, plus le nombre de sujets touchés augmente. Cependant, le corps médical reste trop ancré dans ses stéréotypes, et pire, a encore trop souvent tendance à faire preuve d'âgisme, négligeant par moments la prise en charge du sujet âgé (Fentiman et al., 1990 ; O'Reilly et al., 1991 ; Shankar et Taylor, 1998 ; Pignon, 2000 ; Madan et al., 2001 ; Peake et al., 2003 ; Muthy et al., 2004 ; Townsley et al., 2005 ; Heitz et Castel-Kremer, 2006 ; Rigal, 2006 ; Pritchard, 2007 ; Adam et al., 2013 ; Schroyen et al., 2014 ; Schroyen et al. 2015 ; Craigs et al., 2018). Ces patients se retrouvent donc vulnérables face à des médecins et doivent affronter une double menace : l'annonce du cancer, et le traitement pas toujours approprié de leur médecin. D'autant plus que bien souvent des comorbidités déjà présentes viennent s'ajouter à ces menaces.

Il est donc important pour ces personnes de pouvoir retrouver une place dans ces soins oncologiques, et nous pensons que l'affirmation de soi peut être une solution. En effet, cette méthode, comme nous l'avons vu, présente des résultats positifs pour contrer des menaces auxquelles nous devons faire face. Mais nous avons aussi vu que l'affirmation de soi apporte un réel bénéfice pour les patients atteints de cancers, que ce soit pour améliorer leur qualité de vie en diminuant les douleurs, ou bien en protégeant les sujets des menaces que l'annonce du traitement entraîne pour eux. De plus, les études de Creswell et al. (2007) et de Taber et al. (2015) font appel à des sujets âgés dans leurs groupes expérimentaux. En effet, dans l'étude de Creswell, le sujet le plus âgé a 76 ans, tandis que dans l'étude de Taber, le sujet le plus âgé a

94 ans (nous n'avons pas d'informations sur l'âge des sujets de l'étude de Jacobs et al. (2019)). Bien que l'âge des sujets ne soit pas une variable prise en compte lors de ces études, il n'a pas semblé interférer dans les résultats finaux, et il n'a pas semblé non plus représenter un critère d'exclusion pour les auteurs. On ne peut cependant pas conclure que l'affirmation de soi fonctionne sur les sujets âgés atteints de cancers. Nous avons besoin pour cela d'études prenant en compte l'âge des sujets comme variable, et nous avons besoin d'un plus gros échantillon de sujets âgés (nous ne savons pas quelle proportion de l'échantillon les sujets âgés des études de Creswell et Taber représentent).

Enfin, comme nous l'avons évoqué plus haut, dans les études présentées, l'affirmation de soi n'est pas utilisée directement auprès des sujets âgés comme moyen de défense face à une menace de santé, mais plus comme un moyen visant l'amélioration de leur qualité de vie et de leur estime d'eux. Voilà pourquoi nous avons souhaité savoir si l'affirmation de soi peut aider les patients âgés à faire face à la menace que représente l'annonce d'un diagnostic de cancer.

Partie Pratique

Partie Pratique

I. Objectifs et hypothèses de recherche

Le présent mémoire s'intéresse à l'affirmation de soi dans le cadre de l'adhérence à un traitement en oncogériatrie, et nous cherchons à vérifier si l'affirmation de soi d'une personne âgée peut constituer un bon moyen de défense face à l'âgisme dont peuvent faire preuve certains soignants, notamment dans le cas du cancer.

Nous avons donc deux objectifs principaux quant à cette thématique : dans un premier temps, nous souhaitons vérifier si le fait de s'affirmer peut aider une personne âgée à se défendre vis-à-vis des menaces que peuvent générer l'annonce du diagnostic du cancer et le traitement proposé (qui peut ne pas être adapté comme nous l'avons dans la partie théorique). Dans un second temps, nous avons pour objectif d'évaluer si l'affirmation de soi bénéficie plus à une personne âgée ayant une vision plus négative de son vieillissement, comparativement à une personne âgée ayant une vision positive de son vieillissement.

De ce fait nous formulons plusieurs hypothèses :

- 1) Les sujets placés dans la condition de passation « affirmation de soi » devraient ressentir un âge subjectif moins élevé que les sujets de la condition contrôle et présenter des scores d'adhérence au traitement plus élevés.** En effet, bien qu'il existe peu d'études portant sur l'utilisation de l'affirmation de soi en oncogériatrie, ou sur l'annonce d'un diagnostic de maladie, nous avons cependant retenu l'étude de Jacobs et al. (2019), portant sur l'impact de l'annonce des effets secondaire d'un traitement contre le cancer à des sujets âgés. Les auteurs sont parvenus à la conclusion que d'une part, une telle annonce représente une menace pour les sujets, et que d'autre part, l'affirmation de soi est un bon moyen pour diminuer les effets nocifs qu'entraîne cette information. En nous basant sur cette étude nous formulons donc l'hypothèse que les sujets de la condition affirmation de soi présenteront des âges subjectifs moins élevés

que les sujets du groupe contrôle. Nous nous attendons de plus à trouver des scores d'adhérence au traitement plus élevés chez les sujets du groupe expérimental, comparativement aux sujets du groupe contrôle.

2) Les sujets de la condition affirmation de soi évalueront moins négativement le médecin du podcast, auront plus de sentiments positifs et moins de sentiments négatifs à l'issue de l'écoute. Le langage elderspeak se caractérise par une tonalité de voix plus élevée, un débit de parole plus lent, l'utilisation d'un champs lexical plus simple ou encore condescendant (Balsis et Carpenter, 2006). Généralement utilisé par les soignants envers les personnes âgées, il n'est pas sans conséquences pour ces dernières, puisque cela impactera négativement leur estime d'eux (Ryan et Butler, 1996 ; Schroyen et al., 2017). En outre, dans le cas spécifique de l'oncogériatrie, les sujets âgés se disent moins satisfaits de la communication des soignants à leur égard, et souhaiteraient recevoir des informations plus compréhensibles, ainsi que plus d'explications sur les traitements qu'ils vont recevoir (Romito et al., 2011). Une bonne communication est d'autant plus importante que de telles attitudes d'elderspeak auront un impact négatif sur la gestion des symptômes du patient, sa qualité de vie ou encore sur les décisions relatives au traitement (Thorne et al., 2005). Afin de limiter l'impact que l'eldersepak pourrait avoir sur les patients, une piste de Schroyen et al. (2014) était l'utilisation de l'affirmation de soi. Nous faisons donc l'hypothèse que les sujets de la condition Affirmation de soi présenteront, après l'écoute des podcasts, des scores plus élevés que les sujets du groupe contrôle pour les sous échelles « Emotions positives » et « Evaluation positive du médecin ». En revanche, nous nous attendons à ce que les sujets de la conditions affirmation de soi obtiennent des scores moins élevés pour la sous échelle « Emotions négatives », comparativement aux sujets qui ne se sont pas affirmés.

3) L'affirmation de soi bénéficiera plus aux sujets ayant une mauvaise vision du vieillissement. Une des conclusions de Levy (2009) concernant les conséquences de l'âgisme sur les âgés était que les sujets exposés aux stéréotypes présentaient un sentiment d'auto-efficacité plus faible que les autres (l'auto-efficacité étant la croyance d'un individu en sa capacité à réaliser une tâche). Or, Creswell et al. (2007) et Taber et

al. (2015) ont démontré que l'affirmation de soi est plus efficace si le sujet présente un sentiment d'auto-efficacité plus faible. Nous faisons donc l'hypothèse que ces résultats peuvent se reproduire selon la vision que le sujet a du vieillissement : plus celle-ci sera négative, plus l'affirmation de soi sera bénéfique pour le sujet. Autrement dit, nous faisons l'hypothèse que les sujets du groupe affirmation de soi, présentant une vision négative du vieillissement (selon le test des 5 mots) obtiendront des scores d'âges subjectifs plus faibles que les sujets du groupe expérimental avec une vision positive du vieillissement (selon le test des 5 mots). Ils présenteront de plus de meilleurs scores d'adhérence au traitement, moins d'émotions négatives, plus d'émotions positives et une meilleure évaluation du médecin, après écoute des podcasts.

- 4) Les sujets qui se sont affirmés ressentiront moins de négativité quant au fait de vieillir et vis-à-vis de leur âge.** Une des conséquences de l'âgisme sur les personnes âgées est une diminution de l'estime de soi et une faible santé perçue (Ryan et Butler, 1996 ; Enguerran et al., 2007 ; Schroyen et al., 2017), puisque lorsque l'on active les stéréotypes négatifs chez des sujets âgés ceux-ci présentent des scores d'estime d'eux plus faibles. En outre, dans le cas précis de l'oncologie, une personne âgée ayant une mauvaise perception de son vieillissement présente 3,62 fois plus de risques de décéder de son cancer comparativement à une personne avec une vision positive (Schroyen et al., 2019), c'est pourquoi la vision du vieillissement des sujets âgés représente un enjeu important. Toutefois, l'affirmation de soi semble être un bon moyen pour les sujets âgés de retrouver une bonne estime de soi et une vision plus positive de leur vieillissement (Chiang et al., 2007 ; Vezina et Pelletiers, 2009 et Braz et al., 2011). C'est pourquoi nous nous attendons à trouver, parmi les sujets du groupe expérimental, un âge subjectif moins élevé après écoute du podcast, comparativement aux sujets du groupe contrôle, ainsi qu'un score à l'échelle AAQ plus élevé que le score des sujets du groupe contrôle (indicateur d'une vision positive du vieillissement).

II. Méthodologie

Après avoir reçu l'approbation du comité d'éthique de la faculté de Psychologie, Logopédie et Science de l'éducation, nous avons pu mettre en place notre étude expérimentale afin de vérifier nos hypothèses. Nous allons ici détailler les différents éléments de notre étude.

1. Sujets et modalités de recrutement

1.1. Modalités de recrutement initiales

Nous souhaitions initialement interroger des sujets hommes et femmes, âgés d'au moins 65 ans, en leur faisant passer des questionnaires papier ainsi qu'une écoute de podcast, suivie d'un questionnaire, le tout en présentiel. Les sujets auraient été appariés en nombre et par âge et sexe, dans le but d'homogénéiser le plus possible notre groupe expérimental et notre groupe contrôle.

Nous voulions initialement recruter nos sujets dans des milieux spécifiques aux personnes âgées, et nous avons ciblée notamment l'Université du 3^{ème} âge (U3A) ainsi que le Lions Club de la province de Liège.

1.2. Impact de la pandémie sur le recrutement et les passations

La passation des protocoles devait se faire en présentiel : il était prévu que nous recrutions les sujets dans diverses structures, notamment au sein de l'U3A (université du 3^{ème} âge), néanmoins, lorsque nous avons débuté nos démarches de recrutement les structures commençaient à fermer suite à la pandémie de Covid19. La seule démarche que nous avons donc pu entreprendre à l'U3A fut de déposer des affiches de recrutement, dans l'éventualité d'une réouverture rapide de l'établissement. Cependant le gouvernement Belge a décidé d'un confinement général, prolongé jusqu'à nouvel ordre. Suite à cela l'université de Liège a décidé

de suspendre les passations en présentielle, ce qui a donc fortement compromis la récolte de données statistiques.

Face à cette situation, et pour limiter l'impact de la pandémie sur la récolte des données, nous avons décidé de passer à des passations en ligne, malgré les difficultés que l'utilisation d'un outil internet peut représenter pour les personnes âgées (manque d'accès à internet, manque de matériel informatique, difficultés d'utilisation des outils numériques etc.) (Schelling et Seifert, 2010 ; Charmarkeh, 2015).

En ce qui concerne la diffusion des protocoles, nous souhaitions au départ que les participants cliquent sur un lien qui les aurait amenés à une nouvelle page, sur laquelle ils devaient rentrer leur adresse mail pour enfin recevoir un lien et avoir accès aux questionnaires du protocole. Cependant, cela représentait une procédure beaucoup trop complexe pour des sujets âgés, potentiellement peu à l'aise avec l'utilisation d'outils numériques, puisqu'il leur faudrait réaliser plusieurs étapes pour enfin avoir accès aux questionnaires. De plus, cela impliquait que les participants aient une adresse mail, qu'ils soient capables de la restituer et qu'ils aient confiance pour la transmettre dans l'encadré prévu (des personnes peu à l'aise avec l'informatique pourrait potentiellement croire à une arnaque). C'est pourquoi nous avons décidé de diffuser les deux protocoles (contrôle et expérimental) grâce à un lien unique pour chacun des protocoles. Nous n'avons pas envisagé cette procédure dès le début car cela impliquait que le sujet puisse répondre plusieurs fois au même questionnaire sans que nous ne puissions rien y faire. Cependant, cette probabilité nous paraît relativement faible, et nous préférons par ce biais maximiser nos chances d'avoir un nombre suffisant de participants.

Suite à cela le recrutement nous paraissait plus complexe, puisque si les personnes âgées ont des difficultés pour accéder à internet, elles sont aussi peu présentes sur les réseaux sociaux, principal moyen de faire connaître notre étude et de recruter des participants. Nous avons cependant tenté de recruter via ce canal, et avons posté des annonces, qui malheureusement ne nous ont pas permis de recruter assez de sujets. Nous sommes aussi entrées en contact avec divers organismes spécifiques aux âgés (tels qu'Enéo ou les Lions Club), et malgré un engouement de *prime abord*, ces organismes n'ont malheureusement pas donné suite à nos sollicitations. De ce fait, la majorité de nos participants ont été recrutés par réseaux de connaissance et par bouche à oreille. En outre, face à la situation exceptionnelle, par soucis de pragmatisme (l'étudiante de ce mémoire étant française et confinée en France le temps de l'étude) et dans le but d'optimiser nos chances de recruter un nombre suffisant de candidats

nous avons convenus que nous pouvions avoir recours à des participants français pour cette étude.

Enfin, nous voulions apparier nos sujets en nombre, par sexe et âge pour homogénéiser nos groupes, malheureusement cela n'a pas été possible puisqu'il s'agit d'un lien sur lequel les participants cliquent et que ce lien a été diffusé par réseaux sociaux notamment, nous ne pouvions pas strictement contrôler les individus qui cliquent sur ce lien. De plus, ce lien a été transmis à des personnes qui connaissent des personnes âgées, pour que celles-ci puissent à leur tour le transmettre, ce qui rend d'autant plus difficile le « traçage » des personnes cliquant sur le lien. Il est possible que cet élément influent nos résultats statistiques.

2. Matériel utilisé

Nous avons utilisé la plateforme d'enquêtes en ligne disponible sur l'intranet de la faculté, qui permet d'assurer le respect du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) mis en place par l'Union Européenne, et donc d'assurer la confidentialité lors du traitement des données des participants. Nous avons dès lors retranscrit les questions que nous souhaitions administrer en présentiel sur la plateforme, et le protocole en ligne ne diffère pas du protocole que nous souhaitions faire passer en présentiel, ni dans le contenu, ni dans l'ordre dans lequel nous avons classé les questionnaires. Il n'est cependant plus nécessaire pour le participant de signer le formulaire de consentement en deux exemplaires, il lui suffit de cocher une case stipulant que ce faisant il donne son consentement et est prêt à démarrer l'enquête. Enfin, pour assurer l'anonymat des candidats ils devaient s'attribuer un code composé de leurs initiales, de leur jour de naissance et des deux derniers chiffres de leur numéro de téléphone.

Nous allons donc présenter dans cette partie les différents questionnaires proposés aux participants, dans l'ordre de leur administration, et pour plus de facilité nous placerons en annexes les versions papiers de nos différents questionnaires.

2.1. Formulaire d'information et de consentement

La première page présentée aux participants après avoir cliqué sur le lien du questionnaire reprenait l'objectif principal de notre étude c'est-à-dire : « évaluer si l'affirmation de soi pourrait être un bon outil pour permettre aux sujets âgés une meilleure adhérence au traitement contre le cancer ». Nous informions les répondants que cette recherche se faisait sous la direction de Mr Stéphane ADAM et de Mme Sarah SCHROYEN.

Nous informions de plus les participants sur leurs droits et l'utilisation de leurs données personnelles et nous leur précisions que leur participation était volontaire et qu'à tout moment ils pouvaient quitter le test.

2.2. Données d'anamnèse et consigne

La première page de notre questionnaire consiste en un recueil de données anamnétiques demandant dans un premier temps des informations générales sur la personne : le genre, l'âge, la nationalité, l'état civil, le lieu de vie de la personne, et son niveau d'étude. Enfin, nous énonçons les consignes aux répondants valables pour toute l'étude.

2.3. Liste de mots associés à « personne âgée »

À la suite des consignes nous demandions aux répondants de lister, le plus rapidement possible et sans réfléchir, quels sont les cinq premiers mots qui leur viennent en tête lorsqu'ils pensent à une personne âgée. Cette question a pour but d'évaluer la perception que nos participants ont du vieillissement, selon une mesure validée par Levy et al. (2012).

Après récolte des données, nous avons évalué la valence positive ou négative des mots à l'aide d'une base de données préexistante. Les mots ne figurant pas dans cette base de données ont été soumis à des évaluateurs externes (N= 4), qui devaient, à l'aide d'une échelle de Lickert, allant de -5 (extrêmement négatif) à +5 (extrêmement positif) attribuer un score à chaque mot.

Suite à l'attribution des valences nous avons calculé le score global de chaque sujet en calculant une moyenne.

Ainsi, plus le score du sujet est élevé, plus sa perception du vieillissement peut être qualifiée de positive.

2.4. Affirmation de soi et condition contrôle

Nous nous sommes basés sur l'article de Sherman et al. (2000), qui utilisaient cette méthode qui consiste pour le sujet à rendre saillant une valeur qui est importante à ses yeux.

Notre test consiste donc à classer cinq valeurs : « politique », « problèmes sociaux », « esthétique », « théorie » et « religion » de la moins importante à la plus importante pour le sujet.

Les sujets du groupe expérimental devaient ensuite indiquer, en quelques mots, en quoi leur valeur classée en premier était importante pour eux : « veuillez écrire quelques lignes sur la valeur la plus importante à vos yeux (celle classée en numéro 1) : pourquoi est-elle importante pour vous personnellement ? Illustrez votre explication par un exemple d'une situation où cette valeur a été particulièrement importante pour vous. ». Les sujets du groupe contrôle devaient quant à eux indiquer en quelques mots en quoi leur valeur classée en premier pouvait être importante pour quelqu'un d'autre.

2.5. Podcast et échelle de Likert

Nous avons ensuite demandé aux participants d'écouter deux podcasts, tirés de l'étude de Schroyen et al. (2017), pour lesquels ils devaient se mettre dans la peau de quelqu'un qui vient de recevoir un diagnostic de cancer. À la suite de cette écoute, les participants devaient répondre à une série de questions à l'aide d'une échelle de Likert, allant de 0 (Pas du tout d'accord), à 100 (Tout à fait d'accord). Les questions sont les suivantes : « Avez-vous trouvé les informations données suffisamment complètes ? », « Suite à cette explication seriez-vous

prêt(e) à accepter le traitement proposé ? », « Suite à cette explication vous sentez-vous satisfait(e) ? », « Suite à cette explication vous sentez-vous content(e) ? », « Suite à cette explication vous sentez-vous en colère ? », « Suite à cette explication vous sentez-vous offensé(e) ? », « Suite à cette explication vous sentez-vous inquiet(e) ? », « Avez-vous le sentiment que le médecin qui fournit cette explication est attentionné ? », « Avez-vous le sentiment que le médecin qui fournit cette explication est sympathique ? », « Avez-vous le sentiment que le médecin qui fournit cette explication est condescendant ? », « Avez-vous le sentiment que le médecin qui fournit cette explication est respectueux ? », « Avez-vous le sentiment que le médecin qui fournit cette explication est compétent ? », et enfin : « Quel âge avez-vous le sentiment d'avoir en ce moment ? ».

Pour les besoins des analyses, et en nous basant sur l'étude de Gould et al., 2014, nous avons réalisé 4 sous-échelles incluant différents items mesurés par les échelles de Lickert. La première est la sous-échelle « Emotions positives », reprenant les scores des deux items « Content » et « Satisfait », permettant d'évaluer les émotions positives du sujet après écoute. La deuxième sous-échelle : « Emotions négatives », reprend les scores des items « Colère » et « Offensé », permettant d'évaluer les émotions négatives du sujet après écoute. La troisième sous-échelle, appelée « Evaluation positive », inclut les deux évaluations positives concernant le médecin du podcast : « Sympathique » et « Attentionné ». Enfin, la quatrième sous-échelle est la sous-échelle « Evaluation négative », et inclut les items « Condescendant » et « Respectueux » (les scores de ce dernier devront être inversés). Ainsi, des scores élevés à la sous-échelle « Emotions positives » indiquent que les sujets évaluent positivement le discours du médecin des podcasts, tandis que des scores élevés à la sous-échelle « Emotions négatives » indiquent que les sujets ont évalué négativement le contenu entendu. En outre, plus le score à la sous-échelle « Evaluation positive » est élevé, plus les sujets ont tendance à évaluer positivement le médecin du podcast, cependant, plus le score de la sous-échelle « Evaluation négative » est élevé, plus les sujets auront tendance à évaluer négativement les médecins du podcast.

Les deux podcasts présentent chacun un médecin, un homme puis une femme, appelant un patient (les participants) pour leur annoncer le diagnostic de cancer ainsi que le traitement qui sera mis en place. La particularité de ces podcasts concerne le langage employé par les médecins. En effet, ceux-ci utilisent des phrases plus courtes ainsi qu'un débit de parole plus lent, et ont aussi tendance à parler plus fort à leur interlocuteur, ce qui correspond à des critères

de langage elderspeak, c'est-à-dire un langage envers les personnes plus âgées que l'on pourrait qualifier de condescendant (Balsis et Carpenter, 2006).

2.6. Questionnaire Attitude to Ageing : AAQ (Laidlaw et al., 2007)

version française

Nous avons administré aux participants le Questionnaire AAQ de Laidlaw et al. (2007), traduit par Adam et al. (2012) et validée par Marquet et al. (2016).

Le questionnaire AAQ est composé de 24 items, répartis en trois sous-échelles de 8 items chacune. Chaque item consiste en une affirmation à laquelle le sujet devra répondre, et le questionnaire est divisé en deux parties : dans la première partie le sujet doit indiquer à quel point il est d'accord ou non avec ces affirmations en cochant la case de son choix : « Pas du tout d'accord », « Pas d'accord », « Incertain », « D'accord » ou « Tout à fait d'accord ». Dans la seconde partie le sujet doit indiquer en quoi ces affirmations sont vraies ou pas, en cochant au choix : « Pas du tout vrai », « Pas tellement vrai », « Moyennement vrai », « Plutôt vrai » ou « Tout à fait vrai ». Pour notre étude nous n'avons utilisé que le score global des répondants.

La première sous-échelle se concentre sur l'aspect négatif du vieillissement à travers les pertes psychologiques et sociales expérimentées par le sujet âgé, et les items qui la composent doivent être inversés lors du calcul du score total.

La deuxième sous-échelle est centrée sur les changements physiques, et inclue des items relatifs à la santé du sujet, à l'exercice physique et au vieillissement en lui-même.

La troisième sous-échelle se concentre sur l'aspect positif du vieillissement en termes de sagesse et de maturité, cette sous-échelle reflète les gains positifs du vieillissement par rapport à soi-même et par rapport aux autres.

Ainsi, les score de chaque sous-échelles varient de 8 à 40, mais il est possible d'obtenir un score total de chacun des 24 items. Un score élevé pour les sous-échelles « Changements Physiques » et « Croissance Psychologique » indique une vision positive de son vieillissement, tandis qu'un score élevé pour la sous-échelle « Pertes Psychosociales » indique une vision plus

négative. Enfin, l'avantage de cette échelle est qu'elle est interculturelle, permettant une comparaison entre différentes cultures, et diminuant les risques de biais culturels.

3. Stratégie d'analyse

Après la récolte des données nous avons récupéré le fichier Excel des réponses des participants. Le code que les participants se sont créé au début du questionnaire a permis de conserver l'anonymat des données, et c'est ce code qui apparaît sur le fichier des données.

Nous avons effectué nos analyses statistiques à l'aide du logiciel SPSS, et nous avons fixé le seuil de significativité à $p < .05$.

III. Résultats

1. Données démographiques

Nous avons recruté au total 51 participants pour la condition expérimentale, et 48 participants pour la condition contrôle. Après exclusion des sujets qui ne remplissaient pas le critère d'âge (être âgé de 65 ans et plus) nous avons en tout 88 sujets pour notre étude. La condition expérimentale, (affirmation de soi comptait) 46 sujets tandis que la condition contrôle comptabilisait 42 sujets.

La condition Affirmation de soi compte 25 hommes et 21 femmes, tandis que la condition Non-Affirmation se compose de 17 hommes et de 25 femmes. Nous avons donc dans notre échantillon un total de 42 hommes et de 46 femmes.

Pour ce qui est de l'âge, La moyenne d'âge du groupe expérimental est de 71,37 ans (écart type 5,87 ans), tandis que la moyenne d'âge du groupe contrôle est de 70,60 ans (écart type 7,14 ans). La moyenne d'âge de notre échantillon total de participants est de 71 ans (écart type 6,481 ans). Enfin, dans nos deux conditions, le participant le plus jeune est âgé de 65 ans (ce qui était notre critère d'inclusion), et le participant le plus âgé a 91 ans.

Notre échantillon total (N=88) est composé de 13 sujets de nationalité belges, de 70 français, de 2 italiens et de 3 luxembourgeois.

Tableau 1. *Données socio-démographiques des participants par condition.*

Genre	Condition		Total	
	Contrôle	Expérimentale	N	%
<i>Homme</i>	25	17	42	47,7
<i>Femme</i>	21	25	46	52,3
<i>Total</i>	46	42	88	100

Nationalité	Condition		Total	
	Contrôle	Expérimentale	N	%
<i>Française</i>	39	31	70	79,5
<i>Belge</i>	4	9	13	14,8
<i>Italienne</i>	0	2	2	2,3
<i>Luxembourgeoise</i>	3	0	3	3,4

Age	Condition	
	Contrôle	Expérimentale
<i>Age moyen (écart-type)</i>	71,37 (5,87)	70,60 (7,14)
<i>Age max. – Age min.</i>	65-91	65-91

De plus, notre échantillon compte 60 participants mariés, 14 participants veufs, 9 participants divorcés, 3 participants célibataires, 1 participant cohabitant et 1 participant séparé.

La majorité de nos participants vit à domicile (N= 84), tandis que 2 vivent en résidence service et 1 vit en maison de repos.

Enfin, pour ce qui est du plus haut niveau d'étude des participants de l'échantillon, pour 32 se sont des études supérieures, 26 se sont arrêtés au niveau secondaire inférieur, 22 se sont arrêtés au niveau secondaire supérieur et 8 se sont arrêtés au niveau primaire.

Tableau 2. Répartition de l'échantillon selon l'état civil, le lieu de vie et le niveau d'étude

Etat civil	Condition		Total N
	Affirmation	Non-affirmation	
<i>Marié</i>	30	30	60
<i>Veuf</i>	6	8	14
<i>Divorcé</i>	6	3	9
<i>Célibataire</i>	2	1	3
<i>Séparé</i>	1	0	1
<i>Cohabitant</i>	1	0	1

Lieu de vie	Condition		N
	Affirmation	Non-Affirmation	
<i>Domicile</i>	43	41	84
<i>Résidence service</i>	1	1	2
<i>Maison de repos</i>	1	0	1
<i>Autre (non spécifié)</i>	1	0	1

Niveau d'étude	Condition		N
	Affirmation	Non-Affirmation	
<i>Etudes supérieures</i>	17	15	32
<i>Secondaire inférieur</i>	12	14	26
<i>Secondaire supérieur</i>	12	10	22
<i>Primaire</i>	5	3	8

Enfin nous avons voulu savoir si nos groupes étaient homogènes. Nous avons testé dans un premier temps nos variables genre, nationalité, lieu de vie, état civil et niveau d'étude, à l'aide d'un test Chi-carré. Nous avons ensuite testé l'indépendance de la variable âge, en utilisant un Test-t de Student.

Les résultats montrent une répartition homogène au sein de notre échantillon selon le genre ($p= .208$), selon l'état civil ($p= .632$), selon le lieu de vie ($p= .600$) et selon le niveau d'étude ($p=.854$). Nos échantillons ne sont cependant pas homogènes pour ce qui est de la nationalité des participants ($p=.053$). Enfin, le Test t de Student montre que nos groupes sont homogène pour ce qui est de la variable âge ($p= .422$).

2. Analyses primaires

Dans un premier temps nous avons comparé les résultats des échelles liées aux podcasts afin de déterminer si les résultats présentent des différences au sein des conditions, et pour pouvoir, le cas échéant, réaliser des scores moyens des deux podcasts.

Nous avons donc réalisé des Tests t pour échantillon apparié, sur les variables âge subjectif, adhérence au traitement, émotions positives, émotions négatives, évaluation négative et évaluation positive au sein du groupe expérimental et du groupe contrôle. Les résultats sont synthétisés dans le tableau 3 pour les deux conditions.

Tableau 3 : Test t pour échantillon apparié sur les variables mesurées à la suite des podcasts selon la condition.

	Variab les	t	p
Groupe expérimental	<i>Adhérence</i>	1,402	.168
	<i>Age subjectif</i>	-,506	.578
	<i>Emotions positives</i>	1,325	.192
	<i>Emotions négatives</i>	-1,466	.150
	<i>Evaluation négative</i>	1,002	.322
	<i>Evaluation positive</i>	-,666	.509
	Variab les	t	p
Groupe contrôle	<i>Adhérence</i>	1,325	.193
	<i>Age subjectif</i>	-,067	.947
	<i>Emotions positives</i>	1,620	.113
	<i>Emotions négatives</i>	-,395	.695
	<i>Evaluation négative</i>	-1,035	.307
	<i>Evaluation positive</i>	1,865	.069

Tous nos résultats sont non significatifs ($p > .05$) nous pouvons conclure qu'il n'existe pas de différences significatives entre les scores des deux podcasts pour nos différentes variables, que ce soit dans la condition expérimentale ou contrôle. Nous pouvons donc réaliser un score moyen pour chaque variable.

Afin de décider quelles sont les analyses statistiques qui seraient appropriées pour tester nos hypothèses (paramétriques ou non-paramétriques), nous avons voulu savoir si nos données étaient normalement distribuées. Pour ce faire nous avons réalisé un test de Kolmogorov-Smirnov, le seuil de significativité est placé à $p < .05$.

Ainsi, notre variable adhérence est normalement distribuée ($p = .155$), la variable émotion positive est elle aussi normalement distribuée ($p = .063$), comme la variable émotions négatives ($p = .166$). Les variables évaluation négative, évaluation positive et AAQ sont elles aussi normalement distribuées ($p = .200$ pour les trois variables). L'âge subjectif n'est pas normalement distribué ($p < .05$).

Selon ces résultats nous avons opté pour des analyses statistiques paramétriques

3. Influence de l'affirmation de soi sur l'annonce d'un diagnostic de cancer

Afin de répondre à notre première hypothèse (« *Les sujets placés en condition expérimentale présenteront un âge subjectif moins élevé et de meilleurs scores d'adhérence au traitement que les sujets de la condition contrôle* »), nous avons réalisé un Test t pour échantillons indépendants, dans le but de vérifier si les sujets du groupe expérimental ressentaient un âge subjectif moins élevé que les sujets du groupe contrôle.

Nous avons voulu vérifier, dans un second temps, si les sujets du groupe expérimental présentaient des scores d'adhérence au traitement plus élevés que les sujets du groupe contrôle. Pour rappel, un score plus élevé indique plus de volonté d'adhérer au traitement présenté dans les podcasts. Tous les résultats (ainsi que les moyennes et écarts-types) sont repris dans le tableau 4.

Tableau 4 : Test t pour échantillons indépendants sur l'âge subjectif et l'adhérence au traitement après écoute des podcasts selon les différentes conditions.

	Condition	Moyenne	Ecart-type	t	p
Age subjectif¹	<i>Expérimentale</i>	64,02	15,387	1,034	.304
	<i>Contrôle</i>	60,18	19,409		
Adhérence	<i>Expérimentale</i>	47,25	25,020	,255	.799
	<i>Contrôle</i>	46,02	19,370		

Les résultats sont non significatifs. Nous ne pouvons donc pas conclure, de manière significative, sur l'éventuel effet de l'affirmation de soi sur l'âge subjectif ($p = .30$) et sur l'adhérence au traitement ($p = .80$).

4. Effets de l'affirmation de soi sur un discours âgiste

Pour vérifier notre troisième hypothèse (« *Les sujets de la condition affirmation de soi évalueront plus positivement le médecin du podcast, auront des scores d'émotions positives plus élevés et des scores d'émotions négatives moins élevés à l'issue de l'écoute* »), nous avons réalisé des Tests t pour échantillons indépendants.

Nous avons comparé dans un premier temps les scores des sous échelles émotions positives et émotions négatives obtenus dans chaque condition. Un score plus élevé pour la variable émotions positives indique que le sujet a évalué plus positivement ce qu'il a entendu dans le podcast, tandis qu'un score élevé pour la variable émotions négatives indique que le sujet a évalué plus négativement le contenu du podcast. Les résultats sont repris dans le tableau 5, avec les moyennes et écarts-types.

¹ La variable âge subjectif n'étant pas distribuée normalement, nous avons réalisé un test de Mann-Whitney. Les résultats sont non significatifs ($p < .05$), ce qui confirme le résultat de notre test paramétrique.

Tableau 5 : Test t pour échantillons indépendants sur les émotions positives et négatives ressenties après l'écoute des podcasts selon les différentes conditions.

	Condition	Moyenne	Ecart-type	t	p
Emotions positives	<i>Expérimentale</i>	69,20	45,434	-0,38	.970
	<i>Contrôle</i>	69,55	40,312		
Emotions négatives	<i>Expérimentale</i>	77,90	51,084	,084	.933
	<i>Contrôle</i>	77,04	45,309		

Les résultats ne sont pas significatifs. Nous ne pouvons donc pas conclure de manière significative que les sujets du groupe contrôle ressentent plus d'émotions négatives suite aux discours des podcasts que les sujets du groupe expérimental ($p = .93$), tout comme nous ne pouvons pas conclure que les sujets du groupe expérimental ressentent plus d'émotions positives après écoute des podcasts comparativement aux sujets du groupe contrôle ($p = .97$).

Enfin, nous avons comparé les scores d'évaluation positive des médecins après l'écoute des deux podcasts entre groupes, un score plus élevé indiquant que les sujets ont une vision plus positive des médecins. Les résultats sont présentés dans le tableau 6, avec les moyennes et écarts-types.

Tableau 6 : Test t pour échantillons indépendants sur l'évaluation positive des médecins après l'écoute des podcasts selon les différentes conditions.

	Condition	Moyenne	Ecart-type	t	p
Evaluation positive	<i>Expérimentale</i>	82,13	44,594	,356	.723
	<i>Contrôle</i>	79,05	35,693		

Les résultats ne sont pas significatifs ($p = .72$). Nous ne pouvons donc pas conclure que les sujets qui se sont affirmés évaluent plus positivement les médecins des podcasts que les sujets de la condition contrôle, qui ne se sont pas affirmés.

Face à ces résultats nous avons comparé, à l'aide d'un Test t pour échantillons indépendants, les scores d'évaluation négative entre les groupes, afin de vérifier si les sujets de la condition contrôle évaluaient plus négativement les médecins que les sujets de la condition expérimentale. Les résultats, avec les moyennes et écarts-types sont repris dans le tableau 7.

Tableau 7 : Test t pour échantillons indépendants sur l'évaluation négative des médecins après l'écoute des podcasts selon les différentes conditions.

	Condition	Moyenne	Ecart-type	t	p
Evaluation négative	<i>Expérimentale</i>	86,82	36,725	-0,878	.382
	<i>Contrôle</i>	93,11	29,742		

Les résultats ne sont pas significatifs ($p = .38$). Cela ne nous permet pas de conclure à une différence significative dans l'évaluation que les participants font du médecin des podcasts selon les conditions expérimentales ou contrôle.

Ainsi, tous nos résultats de Test t pour échantillons indépendants sont non significatifs, nous ne pouvons donc pas valider notre hypothèse quant à un effet de l'affirmation de soi sur un discours âgiste.

5. Effets de l'affirmation de soi selon la vision des sujets sur le vieillissement

Pour notre troisième hypothèse (« *Les sujets du groupe expérimental présentant une vision négative du vieillissement obtiendront des scores d'âges subjectifs plus faibles que les sujets du groupe expérimental avec une vision positive du vieillissement. Ils présenteront de plus de meilleurs scores d'adhérence au traitement, moins d'émotions négatives, plus d'émotions positives et une meilleure évaluation du médecin, après écoute des podcasts* »), nous avons isolé les sujets de la condition expérimentale, que nous avons divisés en deux conditions selon leurs résultats au test des 5 mots : une condition vision positive et condition vision négative. Nous avons ensuite effectué des Tests t pour échantillons indépendants.

Dans un premier temps nous avons voulu vérifier si la vision du vieillissement des sujets du groupe expérimental avait un impact sur l'âge subjectif ressenti après écoute des podcasts, et sur les scores d'adhérence au traitement. Les résultats, avec les moyennes et écarts-types sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8 : Test *t* pour échantillons indépendants sur l'âge subjectif et l'adhérence au traitement selon la vision du vieillissement des sujets du groupe expérimental.

	Vision	Moyenne	Ecart-type	t	p
Age subjectif²	<i>Négative</i>	63,62	17,998	-,161	.873
	<i>Positive</i>	64,36	13,182		
	Vision	Moyenne	Ecart-type	t	p
Adhérence	<i>Négative</i>	53,78	27,026	1,655	.105
	<i>Positive</i>	41,76	22,795		

Les résultats sont non significatifs. Nous ne pouvons donc pas conclure, de manière significative, sur un effet de l'affirmation de soi sur l'âge subjectif ($p = .87$) et sur l'adhérence au traitement ($p = .11$) selon la vision que les participants ont du vieillissement.

Nous avons ensuite voulu vérifier si la vision du vieillissement des sujets du groupe expérimental avait un impact sur les émotions positives et négatives ressenties après écoute des deux podcasts. Les résultats pour les deux sous échelles sont repris dans le tableau 9, avec les moyennes et écarts-types.

² L'âge subjectif n'étant pas distribué normalement au sein de notre échantillon, nous avons réalisé un test Mann-Whitney. Le résultat n'est pas significatif, $p > .05$, cela ne contredit pas nos résultats paramétriques.

Tableau 9 : Test *t* pour échantillons indépendants sur les émotions positives et négatives selon la vision du vieillissement des sujets du groupe expérimental.

	Vision	Moyenne	Ecart-type	t	p
Emotions positives	<i>Négative</i>	82,55	48,027	1,877	.067
	<i>Positive</i>	57,98	40,759		
	Vision	Moyenne	Ecart-type	t	p
Emotions négatives	<i>Négative</i>	76,12	46,464	-,215	.831
	<i>Positive</i>	79,40	55,577		

Les résultats sont tous non significatifs. Cela ne nous permet donc pas de conclure à un effet significatif de l’affirmation de soi selon la vision du vieillissement sur les scores d’émotions négatives ($p = .83$) et positives ($p = .07$) ressenties après l’écoute des podcasts.

Enfin, nous avons voulu vérifier si la vision du vieillissement des sujets du groupe expérimental avait un impact sur l’évaluation négative qu’ils faisaient des médecins après écoute des deux podcasts. Les résultats de notre analyse sont repris dans le tableau 10, incluant les moyennes et écarts-types.

Tableau 10 : Test *t* pour échantillons indépendants sur l’évaluation négative des médecins selon la vision du vieillissement des sujets du groupe expérimental.

	Vision	Moyenne	Ecart type	t	p
Evaluation négative	<i>Négative</i>	76,21	33,652	-1,841	.072
	<i>Positive</i>	95,72	37,473		

Les résultats sont non significatifs ($p = .072$). Nous ne pouvons donc pas conclure à un effet significatif de l’affirmation de soi selon la vision du vieillissement sur l’évaluation des médecins des podcasts.

Suite à ces résultats, nous avons voulu savoir si la vision du vieillissement des sujets du groupe expérimental avait un impact sur l'évaluation positive qu'ils faisaient des médecins. Les résultats de notre analyse sont repris dans le tableau 11, incluant les moyennes et écarts-types.

Tableau 11 : *Test t pour échantillons indépendants sur l'évaluation positive des médecins selon la vision du vieillissement des sujets du groupe expérimental.*

	Vision	Moyenne	Ecart-type	t	p
Evaluation positive	<i>Négative</i>	90,214	44,698	1,130	.264
	<i>Positive</i>	75,340	44,255		

Les résultats étant non significatifs ($p = .264$), nous ne pouvons pas conclure à un effet significatif de l'affirmation de soi sur l'évaluation positive du contenu des podcasts selon la vision du vieillissement des participants.

Tous nos résultats sont non significatifs. Nous ne pouvons donc pas confirmer notre hypothèse d'un effet plus fort de l'affirmation de soi sur les sujets, selon la vision qu'ils ont sur le vieillissement.

6. Effets de l'affirmation de soi sur la vision du vieillissement des sujets

Pour tester notre quatrième hypothèse (« *Les sujets du groupe expérimental présenteront un âge subjectif moins élevé après écoute du podcast et des scores à l'échelle AAQ plus élevés que les sujets du groupe contrôle* »), nous avons réalisé un Test t pour échantillons indépendants, afin de comparer les âges subjectifs et les scores à l'échelle AAQ.

Nous avons comparé les âges subjectifs des sujets pour la première hypothèse et, pour rappel, les résultats n'étaient pas significatifs.

Nous avons comparé les résultats du test AAQ selon la condition expérimentale et contrôle. Pour rappel, un score élevé à l'échelle AAQ indique un ressenti positif quant à son propre vieillissement. Les résultats, ainsi que les moyennes et écarts-types sont repris dans le tableau 12.

Tableau 12 : *Test t pour échantillons indépendants sur les résultats à l'échelle AAQ selon les différentes conditions.*

	Condition	Moyenne	Ecart type	t	p
Score total AAQ	<i>Expérimentale</i>	67,72	5,663	1,381	,171
	<i>Contrôle</i>	66,12	5,143		

Les résultats étant non significatifs ($p = .171$), cela ne nous permet pas de conclure de manière significative à un effet de l'affirmation de soi sur la vision qu'ont les sujets sur leur propre vieillissement.

Face à ces résultats, nous avons voulu savoir si nos sujets présentaient initialement une différence dans la vision qu'ils ont du vieillissement. Nous avons donc repris les résultats du test des 5 mots, pour effectuer un Test t pour échantillons indépendants, afin d'examiner si l'on trouve des différences dans la vision du vieillissement entre sujets selon la condition. Les résultats sont repris dans le tableau 13, et la figure 5 présente les résultats du test des 5 mots pour tous nos participants. Les mots en rouge sont associés à connotation négative et les mots en vert ont une connotation positive.



Figure 5 : Nuage relatifs aux mots évoqués par les sujets lors du test des 5 mots

Tableau 13 : Test *t* pour échantillons indépendants sur les résultats au test des 5 mots selon les différentes conditions.

	Condition	Moyenne	Ecart type	t	p
Score aux 5 mots	<i>Expérimentale</i>	2,653	7,327	1,131	,261
	<i>Contrôle</i>	0,671	9,088		

Les résultats ne sont pas significatifs ($p > .05$). Nous ne pouvons donc pas conclure qu'il existait au préalable une différence entre les sujets du groupe expérimental et les sujets du groupe contrôle en ce qui concerne la vision qu'ils ont du vieillissement. Cette absence de différence significative pourrait expliquer pourquoi nous n'avons pas retrouvé de différence significative en comparant les scores AAQ des sujets.

IV. Discussion

De par la baisse de fertilité des pays développés et la hausse de l'espérance de vie, la population mondiale vieillit à un rythme soutenu (He et al., 2016). Cette augmentation de l'âge est corrélée avec l'augmentation des cancers, puisque la cause principale de cette pathologie est l'âge (Colussi, 2001 ; *Le cancer en chiffres / Fondation contre le Cancer*, 2019). Ainsi, ce sont les personnes âgées qui sont les plus touchées par cette pathologie (*Le cancer en chiffres / Fondation contre le Cancer*, 2019).

Paradoxalement, le corps médical éprouve beaucoup de difficultés pour ce qui est de la prise en charge de cette population. Ces difficultés s'expriment tant sur le plan de la recherche clinique et expérimentale (Fentiman et al., 1990 ; Muthy et al., 2004 ; Heitz et Castel-Kremer, 2006 ; Pritchard, 2007 ; Adam et al., 2013 ; Schroyen et al., 2014) que sur le plan du dépistage (Shankar et Taylor, 1998 ; Pignon, 2000 ; Rigal, 2006 ; Heitz et Castel-Kremer, 2006), ou encore de la prise en charge ou du traitement qui sera apporté aux patients (O'Reilly et al., 1991 ; Pignon, 2000, Madan et al., 2001 ; Peake et al., 2003 ; Townsley et al., 2005 ; Heitz et Castel-Kremer, 2006 ; Schroyen et al. 2015 ; Craigs et al., 2018).

Pourtant, si l'on s'intéresse aux personnes âgées et aux choix qu'elles pourraient exprimer concernant leurs traitements, il apparaît que leurs choix diffèrent de ceux des médecins, et qu'elles souhaitent d'une part être informées de leurs traitements (van Weert et al., 2013) et que d'autre part elles sont parfaitement capables (hors démence ou maladie associée) d'évaluer les différentes options qui leur sont proposées et de prendre une décision par elles-mêmes (Danis et al., 1988 ; Slevin et al., 1990 ; Fried et al., 2002). Face à cette problématique spécifique du choix de traitement, un outil a été développé : le CGA, pour *Comprehensive Geriatric Assessment* (évaluation gériatrique globale), outil multidisciplinaire permettant de personnaliser et d'individualiser le plus possible les interventions proposées aux sujets âgés (Solomon & al., 2003 ; Rodin & Mohile, 2007 ; Coutaz & Morisod, 2011).

Cependant, malgré cet outil, les différences de traitement envers les personnes âgées cancéreuses et les malades plus jeunes sont toujours présentes, avec des conséquences néfastes pour la personne malade (Yeom et Heidrich, 2009 ; Mendelblatt et al., 2003). Ces différences seraient la conséquence directe de l'âgisme, terme évoqué pour la première fois par Butler en 1969, et qui serait aujourd'hui la discrimination la plus répandue dans le monde, devant le

racisme ou le sexisme (Adam et al., 2013 ; World Health Organization, 2016). Ces discriminations âgistes ne concernent pas seulement le domaine de l'oncologie et elles peuvent avoir de nombreuses conséquences sur les sujets âgés, que ce soit sur leur santé, leur estime d'eux ou leurs performances mnésiques (Levy, 1996 ; Hess et al., 2002 ; repris par Macia et al., 2007 ; Enguerran et al., 2007 ; Chasteen et al., 2005 ; Levy, 2009 ; Weiss, 2016).

C'est dans ce contexte que nous sommes intéressés à l'affirmation de soi auprès des personnes âgées, dans le cadre de l'oncologie, puisque cette méthode semble présenter des résultats positifs auprès de personnes atteintes de cancer, afin d'améliorer leur satisfaction de vie (Creswell et al., 2007 ; Taber et al., 2015 ; Jacobs et al., 2019). Toutefois, ces études, bien qu'incluant des sujets âgés dans leurs échantillons, ne sont pas spécifiques à cette population et ne permettent pas de tirer des conclusions quant à un éventuel effet bénéfique de l'affirmation de soi dans le cas de l'oncogériatrie.

Notre objectif était d'évaluer si l'affirmation de soi représente un bon moyen pour les sujets âgés de se défendre face au diagnostic de cancer et si cela peut leur permettre de mieux accepter le traitement associé (qui peut ne pas être adapté). Nous avons également analysé si les sujets qui se sont affirmés ressentaient moins d'émotions négatives face à un discours âgiste, et évaluent plus positivement le médecin prononçant ce discours. Nous nous sommes aussi intéressés aux effets de l'affirmation de soi, afin de déterminer si cela peut apporter plus de bénéfices à une personne âgée ayant une vision négative de son vieillissement. Enfin, nous avons vérifié si l'affirmation de soi permet aux sujets de ressentir moins de négativité quant au fait de vieillir.

Dans cette partie discussion, nous reviendrons en détail sur les hypothèses formulées en comparant nos résultats à ceux présents dans la littérature scientifique. Malheureusement, nos hypothèses ne se sont pas vérifiées, et nous envisageront les raisons qui pourraient expliquer ces résultats. Enfin, nous clôtureront cette discussion en explicitant les limites méthodologiques de notre étude ainsi que les perspectives futures envisageables.

1. Retour sur les résultats

1.1. Influence de l’affirmation de soi sur l’annonce d’un diagnostic de cancer

Comme nous l’avons vu, on trouve peu d’études portant sur l’utilisation de l’affirmation de soi auprès des sujets âgés, et il en existe encore moins concernant son utilisation dans le domaine spécifique de l’oncogériatrie.

Cependant, nous avons retenu l’étude de Jacobs et al. (2019), qui abordait l’impact sur des sujets âgés de l’annonce des effets secondaires d’un traitement contre le cancer. Pour rappel, ce qui ressortait principalement de cette étude, c’est que l’annonce du traitement, et de ses probables effets secondaires, représentait une menace pour le sujet, mais que l’affirmation de soi permettait effectivement de diminuer l’impact de cette dernière.

En nous basant sur ces résultats, nous avons formulé l’hypothèse que les sujets de la condition affirmation de soi (condition expérimentale) devraient être plus protégés quant à l’annonce d’un diagnostic de cancer, et devraient davantage adhérer au traitement proposé.

Plus précisément, nous nous attendions à retrouver, parmi les sujets du groupe expérimental, des âges subjectifs moins élevés, après les podcasts, que ceux du groupe contrôle, ainsi que des scores d’adhérence au traitement plus élevés.

Pour tester cette hypothèse, nous avons passé aux sujets deux podcasts provenant de l’étude de Schroyen et al. (2017), mettant en scène deux médecins qui téléphonent à leur patient (nos participants) pour leur annoncer un diagnostic de cancer et le traitement qu’ils envisagent, en listant leurs effets secondaires. A la suite de l’écoute, les participants devaient répondre à quelques questions visant à évaluer leur appréciation des podcasts, et des médecins.

Malheureusement nos résultats n’ont pas permis de valider cette hypothèse puisqu’ils ne sont pas significatifs.

On peut dès lors formuler plusieurs hypothèses pour expliquer que l'on ne retrouve pas les mêmes résultats que Jacobs et al.. La principale différence entre notre étude et celle de Jacobs et al. porte sur les participants recrutés. En effet, nous avons fait le choix de recruter des participants « tout venant », notre principal critère de recrutement étant l'âge. Dès lors, aucun de nos participants n'était atteint de cancer, et nous leurs demandions de se mettre dans la peau de quelqu'un atteint de cancer avant d'écouter les podcasts, et donc de recevoir la menace du diagnostic et du traitement. De ce fait, nous nous reposons sur les capacités imaginatives et projectives de nos sujets. Or les sujets âgés éprouvent plus de difficultés que les plus jeunes dans ce genre de tâches, qu'il s'agisse d'imaginer un scénario atemporel ou de se projeter dans le futur (Rendell et al., 2012). Ainsi, notre condition expérimentale n'est pas aussi forte que pouvait l'être celle de Jacobs et al., et il semble donc logique de ne pas retrouver des résultats aussi forts que dans une étude avec des sujets réellement atteints de cancer ou survivants du cancer. → voir autres études que Rendell + la détailler

En outre, comme nous l'avons précisé précédemment, la pandémie de Covid 19 nous a obligé à effectuer les passations de questionnaires en ligne. Ainsi les participants ont répondu aux questionnaires en étant chez eux, c'est-à-dire dans le confort et la sécurité de leur lieu d'habitation, qui pour la majorité de nos sujets est leur domicile. En nous basant sur le *White-Coat Effect*, nous faisons l'hypothèse que le contexte de passation (domicile) aurait atténué les effets menaçants des podcasts. En effet, le *White-Coat Effect* indique que les sujets âgés subissent une augmentation de leur pression artérielle face à une infirmière ou un médecin, quelle que soit la tension de base du sujet (hypertension ou tension normale) (Ramli et al., 2008). Ainsi, la littérature scientifique indique que les sujets dans un environnement médical sont automatiquement plus anxieux que les sujets qui sont dans un environnement non-médical, comme leur domicile (Bo et al., 2008 ; Mario et al., 2009) ; or nos sujets ont effectué leurs passations en condition domicile, donc dans un lieu sécurisé et réconfortant pour eux, ce qui aurait pu diminuer la menace que représentent nos podcasts, et donc diminuer l'anxiété générée chez le sujet. Si le sujet ne ressent pas d'anxiété face à l'annonce du diagnostic, il n'a pas de raison d'être protégé par l'affirmation de soi. Il est donc possible que nos résultats aient pu être influencés par un effet de contexte, que l'on pourrait rapprocher du *White-Coat Effect*, qui a diminué l'impact menaçant de nos podcasts, expliquant ainsi cette absence de différence entre nos conditions expérimentale et contrôle.

De plus, pour induire l'affirmation de soi parmi nos sujets du groupe expérimental, nous avons utilisé la méthode détaillée par Sherman (2000). Nos participants du groupe expérimental devaient classer 5 valeurs, de la plus importante (n°1) à la moins importante (n°5), et justifier en quoi la valeur placée en premier est importante pour eux. Les sujets du groupe contrôle devaient classer ces valeurs de la moins importante (n°1) à la plus importante (n°5) et indiquer pourquoi la valeur placée en premier pourrait être importante pour quelqu'un d'autre. Lorsque nous avons élaboré nos protocoles de recherche, nous pensions réaliser les passations en présentiels, or du fait de la pandémie de Covid 19 nous avons rédigé nos protocoles sous formes de questionnaires en ligne. Ainsi, contrairement à Sherman, nous n'étions pas en présence de nos participants lorsqu'ils devaient s'affirmer, et nous pouvons dès lors envisager l'absence d'un biais de désirabilité sociale. En effet, le but de l'affirmation de soi pour le sujet, est de retrouver une bonne image de lui-même, qui soit moralement acceptable et cohérente (Steele, 1988 ; Sherman, 2000 ; Sherman et Cohen, 2006). Ainsi, on peut imaginer que s'affirmer devant un expérimentateur qui pourra « valider » le sujet, aura plus d'effets que de s'affirmer chez soi, devant son ordinateur, sans témoins. Cela pourrait alors se traduire par une affirmation de soi moins forte que dans d'autres études expérimentales.

Enfin, notre condition expérimentale n'est peut-être pas assez discriminante comparativement à notre condition contrôle. En effet, dans la condition affirmation de soi les sujets doivent justifier leur choix de valeur numéro 1 en expliquant pourquoi celle-ci est importante pour eux. Cependant, les sujets du groupe contrôle devaient eux aussi justifier leur choix quant à la valeur qu'ils ont placée en premier, même s'il devaient se placer du point de vue de quelqu'un d'autre. On peut alors faire l'hypothèse que, même si cela ne les concerne pas directement, le fait de justifier leur choix a pu amener les sujets du groupe contrôle à une affirmation de soi. Ainsi, nos conditions contrôle et expérimentale ne seraient pas assez discriminantes. Dans l'étude de Sherman (2000), tous les participants (avant d'être assignés à leur condition) devaient classer cinq valeurs selon l'importance qu'ils leur accordaient. Suite à cela, et selon la condition qui leur a été assignée, les participants recevaient une échelle concernant leurs valeurs, composée de deux énoncés par valeurs. Un énoncé concernait leur valeur la plus importante (pour le groupe expérimental) ou la moins importante (pour le groupe contrôle), tandis que l'autre énoncé était neutre. Ainsi, les participants ne devaient pas justifier leur classement par écrit mais indiquer à quel point ils étaient d'accord avec l'énoncé concernant leur valeur (en attribuant un score).

1.2. Effets de l'affirmation de soi sur un discours âgiste

Dans notre étude, le discours âgiste provenait de nos podcasts, dans lesquels les médecins s'expriment en utilisant un langage elderspeak, c'est-à-dire une tonalité de voix plus élevée, un débit de paroles plus lent, ou encore une attitude condescendante (Balsis et Carpenter, 2006). En effet, Schroyen et al. (2017) ont démontré que lorsque les médecins expliquent aux sujets âgés le traitement qu'ils veulent leur administrer, ils ont tendance à utiliser ce langage elderspeak, ce qui influence négativement le sujet, que ce soit sur son estime de soi, ou en renforçant les stéréotypes négatifs sur l'âge qu'il peut déjà éprouver (Ryan et Butler, 1996). De plus, une mauvaise communication entre les sujets et les soignants peut engendrer des conséquences négatives pour le patient, que ce soit sur son expérience psychosociale de la maladie, sur les décisions relatives au traitement ou sur sa qualité de vie (Thorne et al., 2005).

C'est pourquoi nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle les sujets qui se sont affirmés présentent, après l'écoute des podcasts, des scores plus élevés que les sujets du groupe contrôle pour les sous échelles « Emotions positives » et « Evaluation positive du médecin ». Nous nous attendions cependant à ce que les sujets du groupe expérimental obtiennent des scores moins élevés pour la sous échelle « Emotions négatives », comparativement aux sujets qui ne se sont pas affirmés. Nous avons donc réutilisé les questions présentées aux participants après l'écoute des podcasts, après les avoir rassemblées en 4 sous échelles, selon la méthode utilisée par Gould et al. (2014) pour effectuer nos comparaisons.

Cependant, bien que l'on observe une moyenne d'évaluation positive plus élevée chez les sujets du groupe expérimental, ainsi qu'une moyenne d'évaluation négative moins élevée, comparativement aux sujets du groupe contrôle, aucun de nos résultats ne sont significatifs.

Nous sommes donc dans l'incapacité de valider l'hypothèse. En plus des hypothèses explicatives que nous avons élaboré précédemment (imaginer une condition plutôt que de l'expérimenter, l'effet de contexte, l'absence de désirabilité sociale ou encore une condition expérimentale pas assez discriminante), nous pouvons en élaborer une autre, spécifique au langage. En effet, la majorité de nos sujets sont des français (N = 70) tandis que les médecins des podcasts sont belges. En outre, l'accent belge est un accent relativement facile à reconnaître par les français et les belges francophones (Boula de Mareüil et Bardiaux, 2011, p.50). On peut alors se demander si l'accent belge des médecins, perçu par les français comme « sympathique » ou « drôle » n'aurait pas diminué l'impact âgiste de l'elderspeak.

Malheureusement, nous ne trouvons pas d'autres études dans la littérature pouvant appuyer cette hypothèse.

1.3. Effets de l'affirmation de soi selon la vision des sujets sur le vieillissement

Levy (2009) indique dans sa revue de littérature que les personnes âgées soumises à des stéréotypes âgistes ressentent un sentiment d'auto-efficacité plus faible que les autres. Nous avons mis ce résultat en parallèle avec les études de Creswell et al. (2007) et de Taber et al. (2015), qui ont démontré que plus le sentiment d'auto-efficacité de l'individu est faible, plus l'effet de l'affirmation de soi sera fort.

Notre hypothèse était alors la suivante : les résultats de ces études peuvent se reproduire selon la vision que les sujets ont du vieillissement, et plus celle-ci sera négative, plus l'affirmation de soi sera bénéfique pour les sujets.

Ainsi, nous nous attendions à ce que les sujets qui se sont affirmés et qui ont une vision négative du vieillissement obtiennent des scores d'âge subjectif plus faibles que ces mêmes sujets qui ont une vision positive du vieillissement. Nous nous attendions aussi à ce que les sujets affirmés avec une vision négative du vieillissement aient de meilleurs scores d'adhérence au traitement, des scores d'émotions négatives plus faibles, et des scores d'émotions positives et une évaluation du médecin plus élevés, après écoute des podcasts.

La vision que les participants ont du vieillissement a été mesurée grâce au test des 5 mots, selon une mesure validée par Levy et al. (2012), dans laquelle chaque participant en début de questionnaire (après les données anamnésiques) devait indiquer 5 mots qui lui venaient à l'esprit lorsqu'il pensait à une personne âgée. Suite à cela nous avons isolé les sujets de la condition expérimentale que nous avons divisés en deux groupes : vision positive et vision négative, pour ensuite effectuer nos comparaisons.

Aucun de nos résultats n'est significatif, ce qui nous empêche de valider notre hypothèse. Cependant, lorsque l'on observe les moyennes des sujets du groupe expérimental,

on constate que ceux qui ont une vision négative du vieillissement présentent tout de même des âges subjectifs plus faibles que les sujets avec une vision positive. Ils présentent aussi des moyennes d'émotions positives plus élevées, et des moyennes d'émotions négatives moins élevées que les sujets du groupe contrôle. Il en va de même pour les évaluations des médecins : les sujets ayant une vision négative obtiennent des moyennes d'évaluation négative plus faibles, et des moyennes d'évaluation positive plus élevées que les sujets qui ont une vision positive du vieillissement. Rappelons toutefois que ces résultats ne sont pas significatifs, ce qui pourrait être dû à la petite taille de notre échantillon expérimental (N = 46).

De plus, nous pouvons à nouveau avancer les hypothèses citées précédemment pour expliquer cette absence de significativité : nos participants du groupe expérimental qui sont des sujets « tout-venants », un effet de contexte qui aurait pu diminuer l'angoisse de l'annonce du diagnostic, une condition expérimentale pas assez forte pour ce que nous souhaitons mesurer, ni assez discriminante et l'effet de l'accent des médecins.

1.4. Effets de l'affirmation de soi sur la vision du vieillissement des sujets

Plusieurs études de la littérature scientifique s'accordent à dire que l'âgisme entraîne sur les sujets âgés une diminution de l'estime de soi ainsi que de la santé perçue (Ryan et Butler, 1996 ; Enguerran et al., 2007 ; Schroyen et al., 2017). De plus, l'âgisme peut entraîner une mauvaise perception du vieillissement pour les sujets qui en sont victime. Or dans le cas précis de l'oncogériatrie, cela représente un risque conséquent puisque ces sujets auraient 3,62 fois plus de probabilités de décéder de leur cancer comparativement aux sujets avec une vision positive (Schroyen, 2019). Cependant, l'affirmation de soi semble être un bon moyen pour augmenter l'estime de soi des sujets et leur inspirer une vision plus positive du vieillissement (Chiang et al., 2007 ; Vezina et Pelletiers, 2009 et Braz et al., 2011).

Nous avons donc émis l'hypothèse suivante : les sujets du groupe expérimental présenteront, après écoute du podcast, un âge subjectif moins élevé que les sujets du groupe

contrôle, et une meilleure vision du vieillissement. Nous avons utilisé le questionnaire AAQ de Laidlaw et al. (2007) pour évaluer la vision du vieillissement des sujets. Contrairement au test des 5 mots, cette échelle a été présentée aux sujets après l'administration de la condition (contrôle ou expérimentale).

Malheureusement nos résultats ne sont pas significatifs, ce qui ne nous permet pas de valider notre hypothèse. Notons tout de même que le score moyen de l'AAQ des sujets du groupe expérimental est plus élevé que le score moyen des sujets du groupe contrôle. Face à ce résultat, nous avons décidé de comparer les scores des sujets au test des 5 mots, afin de vérifier s'il existait initialement une différence entre nos groupes en ce qui concerne leur vision du vieillissement. Ces résultats ne sont pas non plus significatifs, nous ne pouvons donc pas conclure sur la présence d'une différence initiale significative entre nos sujets concernant leur vision du vieillissement. Notons enfin que le score moyen du groupe expérimental est plus élevé que le score moyen des sujets du groupe contrôle, ce qui pourrait expliquer que l'on ne retrouve pas de différence significative lorsque nous comparons les scores AAQ entre groupes, puisque les sujets du groupe expérimental semblent avoir une vision plus positive du vieillissement et ce, même avant qu'ils ne se soient affirmés.

Enfin, nous pouvons à nouveau avancer les hypothèses citées précédemment pour expliquer cette absence de significativité : nos participants du groupe expérimental qui sont des sujets « tout-venants », ou encore une condition expérimentale pas assez forte pour ce que nous souhaitons mesurer, ou pas assez discriminante.

2. Limites et perspectives futures

Au vu de l'absence de significativité de nos résultats, il nous paraît important de considérer les limites méthodologiques de notre étude afin de les limiter lors de nos études futures.

Tout d'abord, nous pouvons apporter quelques modifications à notre échantillon, puisqu'un échantillon plus grand pour chaque condition permettra d'apporter des résultats plus puissants. En outre, nous n'avons pas de critères de sélection particuliers pour nos sujets si ce n'est qu'ils devaient être âgés de 65 ans et plus. Il nous semble donc important pour de futures études sur l'affirmation dans le cadre de l'oncogériatrie de sélectionner, au moins pour la condition expérimentale, des participants atteints de cancer ou ayant survécu à un cancer.

Dans un second temps, nous pouvons apporter quelques modifications à notre condition expérimentale. En effet, les différences entre la condition contrôle et la condition expérimentale n'étaient pas assez fortes puisque, même si cela concernait une valeur qui n'est pas importante à leurs yeux, les sujets de la condition contrôle devaient tout de même justifier pourquoi cette valeur pouvait être importante pour quelqu'un d'autre. De ce fait, on peut penser que pour certains sujets, cette justification leur aurait permis de s'affirmer indirectement. Il nous semble donc important pour les futures études de mieux discriminer la condition contrôle et expérimentale, soit par des tâches plus distinctes (un simple classement pour les sujets du groupe contrôle sans justification), soit par une absence de tâche dans la condition contrôle.

Troisièmement, la passation devra être améliorée. En effet, bien que ce soit indépendant de notre volonté, nous avons dû effectuer des passations en ligne, ce qui nous a empêché de contrôler nos conditions de passations. Tout d'abord, il a été plus compliqué de « suivre » nos questionnaires et de pouvoir contrôler nos groupes ainsi que leur appariement. De plus, les sujets âgés ayant plus de difficultés avec l'utilisation de matériel informatique ou d'internet, ils ont parfois rempli le questionnaire avec des proches à leur côté afin de les guider, ce qui a pu influencer leurs résultats. En outre, nous ne savons pas si ce ne sont pas ces proches qui ont rempli les questionnaires pour leur parent, afin de leur éviter des difficultés. Nous ne pouvons

que nous fier à la bonne volonté et à la parole de nos sujets puisque nous n'avons pas pu être présents avec eux. De plus, nous avons déjà abordé le possible impact du contexte (passation à domicile, dans un environnement familial) sur les résultats et il nous paraît donc important de prendre cet aspect en compte pour la suite et donc d'effectuer les passations dans un lieu neutre afin de pouvoir limiter cet effet le plus possible (nous devons initialement effectuer les passations et recruter nos participants à l'Université du 3^{ème} Age).

Quatrièmement, la méthodologie, et notamment le matériel utilisé peuvent aussi être améliorés. Tout d'abord, nous pouvons revoir l'utilisation des podcasts. En effet, comme nous l'avons dit, les sujets âgés ont des difficultés dans leurs capacités imaginaires ou projectives, que ce soit dans des scénarios futures ou atemporels. On peut alors envisager que le support audio (podcast) n'était pas le meilleur support pour se projeter convenablement, et peut-être qu'un support vidéo aurait été plus pertinent pour notre étude, notamment dans le cadre de l'évaluation du discours des médecins. Ce support vidéo pourrait être un médecin s'adressant directement au sujet toujours avec un discours elderspeak. Nous pourrions aussi inclure d'autres tests dans notre méthodologie, dont une échelle d'estime de soi, afin d'effectuer des analyses statistiques plus spécifiques. Enfin, une dernière limite concerne le questionnaire AAQ, pour lequel nous avons oublié de transcrire l'item « La sagesse vient avec l'âge » lorsque nous avons réalisé nos questionnaires en ligne, ce qui rend cette échelle moins puissante.

3. Réflexion générale

À travers ce mémoire de recherche, nous avons mis en évidence la présence d'attitudes âgistes, d'une part au sein de notre société, et d'autre part au sein du corps médical et du personnel soignant. Le contexte particulier et exceptionnel de l'épidémie de Covid 19 qui touche encore le monde à l'heure où nous écrivons ces lignes, a permis de mettre en lumière les attitudes âgistes de la société et des soignants envers nos aînés.

Citons tout d'abord les discours stigmatisants qui ont pu être émis par les médias envers les personnes âgées, en relayant avec force les décès de cette population imputables au virus, accentuant le stéréotype de vulnérabilité et de fragilité qui entoure les aînés (*Impact de la COVID-19 sur les personnes Agées : quelles leçons tirer?*, 2020). De plus nous pouvons aborder les mesures de confinement qui ont touché la France et la Belgique, sans qu'elles ne soient adaptées aux personnes âgées qui souffrent déjà d'isolement (Fondation des Petits Frères des Pauvres, 2020) et peuvent difficilement rompre cette solitude à l'aide d'outils informatiques (*Impact de la COVID-19 sur les personnes Agées : quelles leçons tirer?*, 2020).

Ces mesures drastiques de confinement ont amené dans les maisons de repos belges à une hausse des questionnements de la part de leurs résidents concernant la fin de vie et l'euthanasie (*Belgique : les personnes âgées ont « davantage peur d'un nouveau confinement que du virus lui-même » | Génétique*, 2020). Enfin, la crise a aussi permis de mettre en lumière l'âgisme des systèmes médicaux envers les âgés, puisque l'on a observé une diminution de la capacité des maisons de repos belges à se référer à des services médicaux externes pendant la pandémie (voir figure 6) (Médecins Sans Frontières, 2020). C'est une situation similaire que l'on a retrouvé en France, où, dans les régions les plus touchées par la pandémie, plusieurs EHPAD ont fait état de refus de prise en charge de leurs patients par les services hospitaliers d'urgence car les services de réanimations étaient saturés (Girard et Valdiguié, 2020).

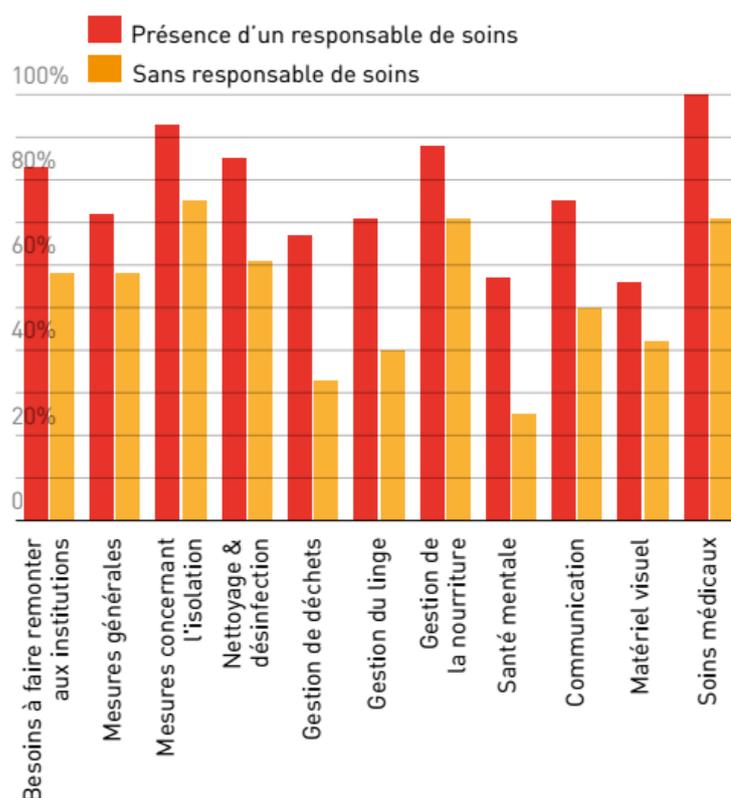


Figure 6 : Résultats d'analyses des outils d'évaluation MSF lors des visites des maisons de repos : Comparaison selon la présence d'un responsable de soins. Source : Médecins Sans Frontières. (2020, juillet). *Les laissés pour compte de la réponse au Covid-19 : Partage d'expérience sur l'intervention de Médecins Sans Frontières dans les maisons de repos de Belgique.* https://www.msf-azg.be/sites/default/files/imce/Rapport_MaisonsDeRepos/MSF_lessons%20learned%20report_FR_FINAL.pdf

Face à cette problématique âgiste les sujets âgés se retrouvent démunis, et s'il est nécessaire de faire prendre conscience aux professionnels de ces attitudes, à travers la psychoéducation notamment, il est aussi important de donner aux sujets des moyens de se défendre.

Bien que nous ayons trouvé des études avec des résultats encourageants quant aux effets de l'affirmation de soi sur les sujets âgés (Creswell et al., 2009 ; Braz et al., 2011), il convient cependant de préciser que ces études ne manipulent pas directement l'affirmation de soi des sujets. De même, nous trouvons d'autres études encourageantes concernant l'affirmation de soi auprès des sujets en oncologie (Creswell et al., 2007 ; Taber et al., 2015 ; Jacobs et al., 2019), mais là encore il nous faut nuancer ces résultats, puisque celles-ci ne concernent pas directement les sujets âgés.

Nous pensions alors pouvoir apporter notre contribution à l'aide de ce mémoire de recherche. Malheureusement, et bien que nos sujets du groupe expérimental présentent des différences par rapport aux sujets du groupe contrôle (une adhérence au traitement plus élevée, une évaluation plus positive et moins négative après écoute des podcasts et une meilleure vision du vieillissement), toutes ces différences ne sont pas significatives et ne nous permettent donc pas de conclure quant aux bénéfices de l'affirmation de soi dans le cadre de l'oncogériatrie.

Il nous paraît donc nécessaire de continuer à étudier cette thématique auprès des aînés.

En outre, pour approfondir cette thématique, nous pouvons nous tourner vers le concept de contre-stéréotype, abordé par Schroyen et al. (2014), et qui consiste à contre-balancer le stéréotype initial, en activant une image positive de la personne ou du groupe visés par le stéréotype initial (Blair, 2002). Andreoletti et Lachman (2004) ont testé l'effet du contre-stéréotype sur trois groupes de participants : un groupe de jeunes participants (21 à 39 ans), un groupe d'âge moyen (40 à 59 ans) et un groupe âgé (60 à 80 ans). Ces participants étaient soumis à trois conditions : la condition contre-stéréotype, la condition stéréotype et la condition contrôle, afin d'examiner si les performances en tâches de mémoire des sujets étaient influencées par le stéréotype ou le contre-stéréotype concernant les différences d'âge sur une tâche de mémoire. Comme attendu, le contre-stéréotype permettait aux sujets d'obtenir de meilleures performances que les sujets du groupe contrôle ou de la condition stéréotype. Nous devons tout de même nuancer ce résultat, puisque les auteurs indiquent que bien que cela ait fonctionné quel que soit l'âge des sujets, il s'agissait de sujets ayant un plus haut niveau d'éducation. En d'autres termes, les sujets des groupes contre-stéréotype et stéréotype, ayant un faible niveau d'éducation ont obtenu des performances plus faibles que les sujets du groupe contrôle.

Cependant ce résultat est encourageant et pourrait facilement être appliqué dans le cadre de l'oncogériatrie, en amenant un contre-stéréotype aux sujets avant un traitement ou un rendez-vous médical par exemple. Enfin, l'utilisation du contre-stéréotype pourrait être combinée à l'affirmation de soi : avant d'activer l'affirmation de soi chez nos sujets, nous pourrions leur présenter un contre-stéréotype positif (à travers un article de presse sur une personne âgée ayant accompli un exploit par exemple), afin de renforcer l'effet de l'affirmation de soi.

V. Conclusion

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous avons examiné comment les sujets âgés atteints de cancer étaient pris en charge par les soignants. Nous avons ainsi constaté que cette prise en charge était parfois moindre que pour les sujets plus jeunes, du fait d'un âgisme prégnant chez des soignants.

Face à cela, l'affirmation de soi semble présenter des résultats positifs lorsqu'elle est utilisée auprès des personnes âgées et dans le cadre de l'oncologie, bien que l'on ne trouve pas de littérature concernant son utilisation dans le cadre spécifique de l'oncogériatrie et c'est pourquoi nous avons voulu tester cette méthode à travers ce mémoire.

Cependant, les résultats obtenus ne nous permettent pas de confirmer que l'affirmation de soi aurait un impact sur nos sujets.

En effet, nous n'avons pas pu confirmer notre hypothèse selon laquelle l'affirmation de soi permettrait de diminuer l'impact de l'annonce d'un diagnostic de cancer.

Il en va de même pour notre deuxième hypothèse, qui avançait que l'affirmation de soi pourrait protéger les sujets âgés face à un discours âgiste.

Nous n'avons pas non plus été en mesure de valider notre hypothèse selon laquelle l'affirmation de soi apporterait plus de bénéfices pour les sujets ayant une vision du vieillissement plus négative.

Enfin, nous sommes dans l'incapacité de valider notre dernière hypothèse, qui avançait que l'affirmation de soi permettrait aux sujets d'améliorer la vision qu'ils portent sur leur propre vieillissement.

Face à cette situation, nous pouvons mettre en avant plusieurs limites qui devront être prises en compte afin d'adapter les prochaines études, car il nous paraît pertinent de répliquer cette étude afin d'obtenir des résultats plus probants.

La première limite concerne la taille de notre échantillon, qui nous paraît trop petit (quarante-deux sujets pour le groupe contrôle et quarante-six pour le groupe expérimental),

pour chaque condition. En outre, toujours concernant notre échantillon de participants, une autre limite que l'on pourrait citer est de ne pas avoir sélectionné de sujets atteints de cancer ou ayant survécu à un cancer (nous avons en effet fait le choix d'avoir recours à des participants tout-venants). Une troisième limite concerne la tâche d'affirmation de soi utilisée pour le groupe expérimental, qui semble trop peu différente de la tâche neutre de la condition contrôle. Nous avons aussi relevé que le matériel utilisé pour induire les menaces du diagnostic de cancer et de l'âgisme (par l'elderspeak) à nos sujets pourrait être amélioré, notamment à travers l'utilisation d'un support vidéo. Enfin, une dernière limite concerne les passations qui se sont effectuées dans un milieu familier et rassurant pour les sujets (leur domicile), ce qui a pu diminuer l'impact de la menace.

Enfin, nous avons clos notre discussion en évoquant les perspectives futures de notre étude, suivies d'une réflexion générale sur l'âgisme que l'on a pu voir pendant la crise sanitaire actuelle et en abordant une autre technique qui, selon nous, mérite que l'on s'y intéresse : l'utilisation d'un contre-stéréotype.

Bibliographie

Bibliographie

- Abrams, D., Crisp, R. J., Marques, S., Fagg, E., Bedford, L., & Provias, D. (2008). Threat inoculation: experienced and imagined intergenerational contact prevents stereotype threat effects on older people's math performance. *Psychology and aging*, 23(4), 934–939. <https://doi.org/10.1037/a0014293>
- Adam, S., Joubert, S. & Missotten, P. (2013). L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs ! *Revue de neuropsychologie*, volume 5(1), 4-8. doi:10.3917/rne.051.0004
- Adam, S. (2015). *Conséquence de l'âgisme sur les attitudes de soin*. L'Observatoire de l'âgisme. <http://agisme.fr/spip.php?article87>
- Andreoletti, C., & Lachman, M. E. (2004). Susceptibility and Resilience to Memory Aging Stereotypes : Education Matters More than Age. *Experimental Aging Research*, 30(2), 129-148. <https://doi.org/10.1080/03610730490274167>
- Balducci, L. (2007). Aging, Frailty, and Chemotherapy. *Cancer Control*, 7–12. <https://doi.org/10.1177/107327480701400102>
- Balsis, S., & Carpenter, B. D. (2006). Evaluations of Elderspeak in a Caregiving Context. *Clinical Gerontologist*, 29(1), 79-96. https://doi.org/10.1300/j018v29n01_07
- Belgian Cancer Registry, . (2018). *Cancer in an Ageing Population in Belgium 2004 - 2016*. [https://kankerregister.org/media/docs/SKR_publicatie2018_CancerinanAgeingPopulation\(landscape\)5_12_2018.pdf](https://kankerregister.org/media/docs/SKR_publicatie2018_CancerinanAgeingPopulation(landscape)5_12_2018.pdf)
- Belgique : les personnes âgées ont « davantage peur d'un nouveau confinement que du virus lui-même » | Génétique*. (2020, 16 juillet). Génétique. <http://www.genethique.org/fr/belgique-les-personnes-agees-ont-davantage-peur-dun-nouveau-confinement-que-du-virus-lui-meme-73728#.XzPGrDVS-M8>

- Blair, I. V. (2002). The Malleability of Automatic Stereotypes and Prejudice. *Personality and Social Psychology Review*, 6(3), 242-261. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0603_8
- Bo, M., Comba, M., Canade', A., Brescianini, A., Corsinovi, L., Astengo, M. A., Sona, A., & Fonte, G. (2008). Clinical implications of white-coat effect among patients attending at a lipid clinic. *Atherosclerosis*, 197(2), 904-909. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2007.08.007>
- Boula de Mareüil, P. (2011). Perception of French, Belgian and Swiss accents by French and Belgian listeners. Dans A. Bardiaux (Éd.), *Proceeding of the fourth ISCA Tutorial and Research Workshop on Experimental Linguistics ExLing 2011* (ISCA Experimental Linguistics 2011 éd., p. 47-50). Antonis Botinis. https://www.academia.edu/2307608/Evaluating_speech_samples_designed_for_the_Voice_Profile_Analysis_Scheme_for_Brazilian_Portuguese_BP_VPAS
- Braz, A. C, Del Prette, Z. A.P, & Del Prette, A. (2011). Assertive Social Skills Training For The Elderly. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19(2), 373–387. Consulté sur https://www.researchgate.net/profile/Ana_Braz/publication/222093501_Assertive_social_skills_training_for_the_elderly/links/53ee1fcf0cf23733e80b2a03.pdf
- Butler R., 1969, Ageism: another form of bigotry, *The Gerontologist*, 9, 243-246
- Charmarkeh, H. (2015). Les personnes âgées et la fracture numérique de « second degré » : l'apport de la perspective critique en communication. *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, 6, 1-12. <https://doi.org/10.4000/rfsic.1294>
- Chasteen, A. L., Bhattacharyya, S., Horhota, M., Tam, R., & Hasher, L. (2005). *How Feelings of Stereotype Threat Influence Older Adults' Memory Performance*. *Experimental Aging Research*, 31(3), 235–260. doi:10.1080/03610730590948177
- Chiang, K.-J., Lu, R.-B., Chu, H., Chang, Y.-C., & Chou, K.-R. (2007). *Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(1), 7–10. doi:10.1002/gps.1824

- Colussi, A. M., Mazzer, L., Candotto, D., De Biasi, M., De Lorenzi, L., Pin, I., Pusiol, N., Romanin, C., & Zamattio, V. (2001). The elderly cancer patient: a nursing perspective. *Critical reviews in oncology/hematology*, 39(3), 235–245. [https://doi.org/10.1016/s1040-8428\(00\)00116-5](https://doi.org/10.1016/s1040-8428(00)00116-5)
- Cook, J. E., Purdie-Vaughns, V., Garcia, J., & Cohen, G. L. (2012). *Chronic threat and contingent belonging: Protective benefits of values affirmation on identity development*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(3), 479–496. doi:10.1037/a0026312
- Coutaz, M., & Morisod, J. (2011). Cancer du sujet âgé : quelle évaluation préalable à la prise de décision thérapeutique ? *Revue Médicale Suisse*, 7(293), 963-967. <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-293/Cancer-du-sujet-age-quelle-evaluation-prealable-a-la-prise-de-decision-therapeutique>
- Craigs, C. L., Bennett, M. I., Hurlow, A., West, R. M., & Ziegler, L. E. (2018). Older age is associated with less cancer treatment: a longitudinal study of English cancer patients. *Age and ageing*, 47(6), 833–840. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy094>
- Creswell, J. D., Lam, S., Stanton, A. L., Taylor, S. E., Bower, J. E., & Sherman, D. K. (2007). *Does Self-Affirmation, Cognitive Processing, or Discovery of Meaning Explain Cancer-Related Health Benefits of Expressive Writing?* *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(2), 238–250. doi:10.1177/0146167206294412
- Danis, M. (1988). Patients' and Families' Preferences for Medical Intensive Care. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 260(6), 797-802. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410060067029>
- Deswarte, E. (2005–2019). *La théorie de la dissonance cognitive*. Psychologie-sociale.com. <https://www.psychologie-sociale.com/index.php/fr/theories/influence/6-la-theorie-de-la-dissonance-cognitive>
- Ferry, M. (2019, 24 juin). Thérapie d'affirmation de soi (TAS) en TCC : développer son assertivité. Récupéré 24 juin, 2019, de <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/l-affirmation-de-soi.html>

- Fondation des Petits Frères des Pauvres. (2020, juin). *Isolement des Personnes Agées : Les Effets du Confinement* (N° 4).
https://www.petitsfreresdespauvres.fr/plusjamaisinvisibles/files/2020_06_04_PFP_RA_PPORT_ISOLEMENT_DES_PERSONNES_AGEES_ET_CONFINEMENT.pdf
- Fried, T. R., Bradley, E. H., Towle, V. R., & Allore, H. (2002). Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *The New England journal of medicine*, 346(14), 1061–1066. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa012528>
- Gaggioli, A., Morganti, L., Bonfiglio, S., Scaratti, C., Cipresso, P., Serino, S., & Riva, G. (2014). Intergenerational Group Reminiscence : A Potentially Effective Intervention to Enhance Elderly Psychosocial Wellbeing and to Improve Children’s Perception of Aging. *Educational Gerontology*, 40(7), 486-498.
<https://doi.org/10.1080/03601277.2013.844042>
- Giffard, D. (s.d.). self et faux-self: instance psychique, structure psychologique de l'inconscient (winnicott).. Récupéré 19 juin, 2019, de
http://psychiatriinfirmiere.free.fr/definition/instances/self_faux-self.html
- Gilbert, D. T., Pinel, E. C., Wilson, T. D., Blumberg, S. J., & Wheatley, T. P. (1998). Immune neglect: A source of durability bias in affective forecasting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 617-638
- Girard, E., & Valdiguié, L. (2020, 15 mai). « Des personnes âgées auraient probablement pu être sauvées » : le refus d'hospitalisation de résidents d'Ehpad, dernier tabou du Covid. Marianne. <https://www.marianne.net/societe/des-personnes-agees-auraient-probablement-pu-etre-sauvees-le-refus-d-hospitalisation-de>
- Gould, O. N., Saum, C., & Belter, J. (2002). Recall and Subjective Reactions to Speaking Styles : Does Age Matter ? *Experimental Aging Research*, 28(2), 199-213.
<https://doi.org/10.1080/03610730252800201>
- He, W., Goodkind, D., & Kowal, P. (2016). *An aging world: 2015*. Consulté sur
https://www.researchgate.net/publication/299528572_An_Aging_World_2015
- Heitz, D., Castel-Kremer, É. Disparités et inégalités en cancérologie du sujet âgé. *Rev Francoph Psycho Oncologie* 5, 85–88 (2006). <https://doi.org/10.1007/s10332-006-0128-0>

Hessman, O., Bergkvist, L., & Ström, S. (1997). *Colorectal cancer in patients over 75 years of age—determinants of outcome*. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 23(1), 13–19. doi:10.1016/s0748-7983(97)80136-9

Institut National Du Cancer. (2018, novembre 27). *Épidémiologie des cancers chez les patients de 65 ans et plus - Oncogériatrie*. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatie/Epidemiologie>

Impact de la COVID-19 sur les personnes Agées : quelles leçons tirer? (2020, 14 avril). uOttawa. <https://recherche.uottawa.ca/nouvelles/impact-covid-19-personnes-agees-queelles-lecons-tirer>

Jacobs, W., Schagen, S. B., Thijssen, M., & Das, E. (2019). *Preventing adverse information effects on health outcomes: A self-affirmation intervention reduced information-induced cognitive decline in gastrointestinal cancer patients*. *Social Science & Medicine*. doi:10.1016/j.socscimed.2019.02.013

Jemmott, J. B., Ditto, P. H., & Croyle, R. T. (1986). *Judging health status: Effects of perceived prevalence and personal relevance*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 899–905. doi:10.1037/0022-3514.50.5.899

Kennedy, B. J. (1991). *Needed: clinical trials for older patients*. *Journal of Clinical Oncology*, 9(5), 718–720. doi:10.1200/jco.1991.9.5.718

Koh L. C. (2012). *Student attitudes and educational support in caring for older people--a review of literature*. *Nurse education in practice*, 12(1), 16–20. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2011.04.007>

Koole, S. L., Smeets, K., van Knippenberg, A., & Dijksterhuis, A. (1999). *The cessation of rumination through self-affirmation*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(1), 111–125. doi:10.1037/0022-3514.77.1.111

Larousse, É. (2020). *Définitions : âgisme - Dictionnaire de français Larousse*. Larousse . <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A2gisme/1666>

Le cancer en chiffres / Fondation contre le Cancer. (2019, 18 février). Fondation Contre le Cancer. <https://www.cancer.be/le-cancer/le-cancer-en-chiffres>

Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). *The nature and function of self-esteem: Sociometer theory*. *Advances in Experimental Social Psychology*, 1–62. doi:10.1016/s0065-2601(00)80003-9

Les personnes âgées. (2019, 26 juillet). Récupéré le 29 juillet, 2019, de <https://www.un.org/fr/sections/issues-depth/ageing/index.html>

Levy, B. (2009). *Stereotype Embodiment*. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332–336. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x

Levy, B. R., Slade, M. D., Murphy, T. E., & Gill, T. M. (2012). Association Between Positive Age Stereotypes and Recovery From Disability in Older Persons. *JAMA*, 308(19), 1972. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.14541>

Logel, C., & Cohen, G. L. (2011). *The Role of the Self in Physical Health*. *Psychological Science*, 23(1), 53–55. doi:10.1177/0956797611421936

Luciani, A., Ascione, G., Bertuzzi, C., Marussi, D., Codecà, C., Di Maria, G., Caldiera, S. E., Floriani, I., Zonato, S., Ferrari, D., & Foa, P. (2010). Detecting Disabilities in Older Patients With Cancer : Comparison Between Comprehensive Geriatric Assessment and Vulnerable Elders Survey-13. *Journal of Clinical Oncology*, 28(12), 2046-2050. <https://doi.org/10.1200/jco.2009.25.9978>

Macia, E., Chapuis-Lucciani, N. & Boëtsch, G. (2007). Stéréotypes liés à l'âge, estime de soi et santé perçue. *Sciences sociales et santé*, vol. 25(3), 79-106. doi:10.3917/sss.253.0079

Madan, K., Aliabadi-Wahle, S., & Beech, D. J. (2001, mars). Ageism in Medical Students' Treatment Recommendations: The Example of Breast-conserving Procedures. *Academic Medicine*, pp. 282–284.

- Mandelblatt, J. S., Edge, S. B., Meropol, N. J., Senie, R., Tsangaris, T., Grey, L., Peterson, B. M., Hwang, Y.-T., Kerner, J., & Weeks, J. (2003). Predictors of Long-Term Outcomes in Older Breast Cancer Survivors : Perceptions Versus Patterns of Care. *Journal of Clinical Oncology*, 21(5), 855-863. <https://doi.org/10.1200/jco.2003.05.007>
- Mario, B., Massimiliano, M., Chiara, M., Alessandro, S., Antonella, C., & Gianfranco, F. (2009). White-coat effect among older patients with suspected cognitive impairment : prevalence and clinical implications. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(5), 509-517. <https://doi.org/10.1002/gps.2145>
- Médecins Sans Frontières. (2020, juillet). *Les laissés pour compte de la réponse au Covid-19 : Partage d'expérience sur l'intervention de Médecins Sans Frontières dans les maisons de repos de Belgique*. https://www.msf-azg.be/sites/default/files/imce/Rapport_MaisonsDeRepos/MSF_lessons%20learned%20report_FR_FINAL.pdf
- A Validation of the French Version of the Attitudes to Aging Questionnaire (AAQ) : Factor Structure, Reliability and Validity. (2016). *Psychologica Belgica*, 56(2), 80-100. <https://doi.org/10.5334/pb.301>
- O'Reilly, S. E., Klimo, P., & Connors, J. M. (1991). *Low-dose ACOP-B and VABE: weekly chemotherapy for elderly patients with advanced-stage diffuse large-cell lymphoma*. *Journal of Clinical Oncology*, 9(5), 741-747. doi:10.1200/jco.1991.9.5.741
- Peake, M. D., Thompson, S., Lowe, D., Pearson, M. G., & Participating Centres (2003). Ageism in the management of lung cancer. *Age and ageing*, 32(2), 171-177. <https://doi.org/10.1093/ageing/32.2.171>
- Pignon, T., Rafaramino, F., & Scalliet, P. (2000). Cancer et sujets âgés. Prise en charge. Aspects décisionnels. *La Revue de Médecine Interne*, 21(9), 765-776. doi:10.1016/s0248-8663(00)00222-8
- Pritchard, K. I. (2007). *Have we been guilty of ageism in the primary treatment of breast cancer?* *British Journal of Cancer*, 96(7), 1011-1012. doi:10.1038/sj.bjc.6603697

- Ramli, A. S., Halmey, N., & Teng, C. L. (2008). White Coat Effect and White Coat Hypertension : One and the Same ? *Malaysian Family Physician*, 3(3), 158-161. <http://www.ejournal.afpm.org.my/>
- Reed, M. B., & Aspinwall, L. G. (1998). *Motivation and Emotion*, 22(2), 99–132. doi:10.1023/a:1021463221281
- Rendell, P. G., Bailey, P. E., Henry, J. D., Phillips, L. H., Gaskin, S., & Kliegel, M. (2012). Older adults have greater difficulty imagining future rather than atemporal experiences. *Psychology and Aging*, 27(4), 1089-1098. <https://doi.org/10.1037/a0029748>
- Rigal, O., Blot, E., Druesne, L., & Chassagne, P. (2006). Épidémiologie : cancer et sujet âge. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 5(3), 141-146. <https://doi.org/10.1007/s10332-006-0136-0>
- Rodin, M. B., & Mohile, S. G. (2007). A Practical Approach to Geriatric Assessment in Oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 25(14), 1936-1944. <https://doi.org/10.1200/jco.2006.10.2954>
- Romito, F., Corvasce, C., Montanaro, R., & Mattioli, V. (2011). Do elderly cancer patients have different care needs compared with younger ones ? *Tumori Journal*, 97(3), 374-379. <https://doi.org/10.1177/030089161109700320>
- Ryan, E. B., & Butler, R. (1996). Communication, Aging, and Health : Toward Understanding Health Provider Relationships with Older Clients. *Health Communication*, 8(3), 191-197. https://doi.org/10.1207/s15327027hc0803_1
- Schelling, H., & Seifert, A. (2010, mars). *L'utilisation de l'internet par les personnes âgées : Pourquoi en Suisse les personnes de 65 ans et plus utilisent ou non les technologies de l'information et de la communication (TIC)*. <https://assets.letemps.ch/sites/default/files/media/2010/03/09/1.0.824130885.pdf>
- Schroyen, S., Adam, S., Jerusalem, G., & Missotten, P.(2014). L'Agisme et ses conséquences cliniques en oncogériatrie: état des lieux et pistes d'interventions. *Revue Médicale de Liège*, 69 (5-6), 395–401. Consulté sur <https://orbi.uliege.be/handle/2268/165253>

- Schroyen, S., Missotten, P., Jerusalem, G., Gilles, C., & Adam, S. (2015). *Ageism and caring attitudes among nurses in oncology*. *International Psychogeriatrics*, 28(05), 749–757. doi:10.1017/s1041610215001970
- Schroyen, S., Adam, S., Marquet, M., Jerusalem, G., Thiel, S., Giraudet, A.-L., & Missotten, P. (2017). Communication of healthcare professionals : Is there ageism ? *European Journal of Cancer Care*, 27(1), e12780. <https://doi.org/10.1111/ecc.12780>
- Schroyen, S., Letenneur, L., Missotten, P., Jérusalem, G., & Adam, S. (2020). Impact of self-perception of aging on mortality of older patients in oncology. *Cancer Medicine*, 9(7), 2283-2289. <https://doi.org/10.1002/cam4.2819>
- Shankar, A., & Taylor, I. (1998). *Treatment of colorectal cancer in patients aged over 75*. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 24(5), 391–395. doi:10.1016/s0748-7983(98)92093-5
- Sherman, D. A. K., Nelson, L. D., & Steele, C. M. (2000). *Do Messages about Health Risks Threaten the Self? Increasing the Acceptance of Threatening Health Messages Via Self-Affirmation*. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(9), 1046–1058. doi:10.1177/01461672002611003
- Sherman, D. K., & Cohen, G. L. (2002). *Accepting Threatening Information: Self-Affirmation and the Reduction of Defensive Biases*. *Current Directions in Psychological Science*, 11(4), 119–123. doi:10.1111/1467-8721.00182
- Sherman, D. K., & Cohen, G. L. (2006). *The Psychology of Self-defense: Self-Affirmation Theory*. *Advances in Experimental Social Psychology Volume 38*, 183–242. doi:10.1016/s0065-2601(06)38004-5
- Sherman, D. K. (2013). Self-Affirmation: Understanding the Effects. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(11), 834–845. <https://doi.org/10.1111/spc3.12072>

- Solomon, D., Sue Brown, A., Brummel-Smith, K., Burgess, L., D'Agostino, R. B., Goldschmidt, J. W., Halter, J. B., Hazzard, W. R., Jahnigen, D. W., Phelps, C., Raskind, M., Schrier, R. W., Sox, H. C., Williams, S. V., & Wykle, M. (2003). Best Paper of the 1980s : National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement : Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision-Making. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*(10), 1490-1494. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51471.x>
- Slevin, M. L., Stubbs, L., Plant, H. J., Wilson, P., Gregory, W. M., Armes, P. J., & Downer, S. M. (1990). Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses, and general public. *BMJ (Clinical research ed.)*, *300*(6737), 1458–1460. <https://doi.org/10.1136/bmj.300.6737.1458>
- Steele, C. M. (1988). The Psychology of Self-Affirmation : Sustaining the Integrity of the Self. *Advances in Experimental Social Psychology*, *21*, 261-302. [https://doi.org/10.1016/s0065-2601\(08\)60229-4](https://doi.org/10.1016/s0065-2601(08)60229-4)
- Taber, J. M., Klein, W. M. P., Ferrer, R. A., Kent, E. E., & Harris, P. R. (2015). *Optimism and Spontaneous Self-affirmation are Associated with Lower Likelihood of Cognitive Impairment and Greater Positive Affect among Cancer Survivors. Annals of Behavioral Medicine*, *50*(2), 198–209. doi:10.1007/s12160-015-9745-9
- Thorne, S. E., Bultz, B. D., & Baile, W. F. (2005). Is there a cost to poor communication in cancer care ? : a critical review of the literature. *Psycho-Oncology*, *14*(10), 875-884. <https://doi.org/10.1002/pon.947>
- Townsley, C., Pond, G. R., Peloza, B., Kok, J., Naidoo, K., Dale, D., Herbert, C., Holowaty, E., Straus, S., & Siu, L. L. (2005). Analysis of Treatment Practices for Elderly Cancer Patients in Ontario, Canada. *Journal of Clinical Oncology*, *23*(16), 3802-3810. <https://doi.org/10.1200/jco.2005.06.742>
- van Weert, J. C., Bolle, S., van Dulmen, S., & Jansen, J. (2013). Older cancer patients' information and communication needs: what they want is what they get?. *Patient education and counseling*, *92*(3), 388–397. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.03.011>
- Vézina, A., & Pelletier, D. (2009). Le maintien du pouvoir chez la personne âgée hébergée souffrant de déficits cognitifs. *Service social*, *55*(1), 97–110. <https://doi.org/10.7202/029491ar>

Weber, C., & Zulian, G. B. (2001). Oncologie gériatrique : pourquoi ? *Pharma-Flash*, 28(6), 21–24.

Weiss, D. (2016). *On the Inevitability of Aging: Essentialist Beliefs Moderate the Impact of Negative Age Stereotypes on Older Adults' Memory Performance and Physiological Reactivity. The Journals of Gerontology Series B: Psychological*

Williams, K., Kemper, S., & Hummert, M. L. (2003). Improving nursing home communication: an intervention to reduce elderspeak. *The Gerontologist*, 43(2), 242–247. <https://doi.org/10.1093/geront/43.2.242>

Williams, K. N. (2006). Improving outcomes of nursing home interactions. *Research in Nursing & Health*, 29(2), 121-133. <https://doi.org/10.1002/nur.20117>

World Health Organization. (2016, 28 septembre). *Questions-réponses sur l'âgeisme. Organisation Mondiale de la Santé.* <https://www.who.int/ageing/features/faq-ageism/fr/>

Yeom, H., & Heidrich, S. M. (2009). Effect of Perceived Barriers to Symptom Management on Quality of Life in Older Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, 32(4), 309-316. <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e31819e239e>

Yu, C.-Y., & Chen, K.-M. (2012). Experiencing Simulated Aging Improves Knowledge of and Attitudes Toward Aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(5), 957-961. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03950.x>

Annexes

Annexe 1. Mesures et protocoles

Annexe 1.1. Formulaire d'information

Annexe 1.2. Formulaire de consentement 1

Annexe 1.3. Questions d'anamnèse et consignes générales

Annexe 1.4. Mots associés à « personne âgée »

Annexe 1.5. Classement condition contrôle

Annexe 1.6. Classement condition expérimentale

Annexe 1.7. Echelles de Lickert relatives aux deux podcasts et mesure de l'âge subjective

Annexe 1.8. Questionnaire AAQ (Laidlaw et al., 2007)

Annexe 1.9. Formulaire de débriefing

Annexe 1.3. Formulaire de consentement 2

Annexe 2. Moyennes des valences des mots associés à « personne âgée »

Annexe 1 : Mesures et protocoles

Annexe 1.1. Formulaire d'information



FACULTE DE PSYCHOLOGIE
ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Marion Guffanti et réalise actuellement un master en Psychologie à l'Université de Liège sous la supervision du Professeur Stéphane Adam et la co-supervision de Sarah Schroyen.

L'objectif de notre travail est d'évaluer si l'affirmation de soi pourrait être un bon outil pour permettre aux sujets âgés une meilleure adhérence aux traitements contre le cancer. C'est dans ce contexte que nous nous permettons de vous solliciter.

Nous souhaitons rencontrer des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile ou non. Au cours de ce rendez-vous, une anamnèse (âge, sexe, scolarité, etc.) sera d'abord réalisée. Vous serez également amené à remplir des questionnaires et à effectuer différentes tâches. Cette rencontre durera approximativement 1 heure.

Les données qui seront recueillies lors de cette étude, utilisables dans un but scientifique, seront strictement confidentielles et rendues anonymes. Toutefois, il vous sera toujours possible de vous rétracter à tout moment sans justification. En effet, la participation de toute personne à ce travail est volontaire. Dès lors, vous pouvez stopper à tout moment votre participation, sans avoir à vous justifier et sans crainte de préjudices. Dans ce cas, nous vous garantissons de n'utiliser aucune des données qui auraient déjà été récoltées.

Je reste à votre entière disposition pour toutes questions éventuelles et vous remercie d'avance pour l'attention que vous porterez à ce travail.

Marion Guffanti

Annexe 1.2. Formulaire de consentement 1



FACULTE DE PSYCHOLOGIE
ET DES SCIENCES DE
L'EDUCATION

COMITE D'ETHIQUE

Président : Isabelle Hansez
Secrétaire : Fabienne Collette

CONSENTEMENT ECLAIRE POUR DES RECHERCHES IMPLIQUANT DES SUJETS HUMAINS

(fait en double exemplaire)

Titre de la recherche	Impact de l'affirmation de soi sur l'adhérence d'un traitement en oncogériatrie
Chercheur responsable	Sarah Schroyen
Promoteur	Stéphane Adam
Faculté et numéro de téléphone de contact	Faculté de Psychologie Tél : 04/366 97 45

Je, soussigné(e),..... déclare :

- *avoir été informé, oralement et par écrit, des buts précis et réels de cette recherche dont le chercheur responsable figure ci-dessus;*
- *avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaitais.*

Je sais que :

- *je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit ;*

- *je peux contacter le chercheur pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation à la recherche ;*
- *les données recueillies seront strictement confidentielles et il sera impossible à tout tiers non autorisé de m'identifier.*
- *Les données recueillies pourront être retirées de l'étude après celle-ci si telle est ma décision.*

Je donne mon consentement libre et éclairé pour participer en tant que sujet à cette recherche.

Lu et approuvé,

Date et signature

Annexe 1.3. Questions d'anamnèse et consignes générales

INFORMATIONS GENERALES

✓ **Nom :**

✓ **Prénom :**

✓ **Sexe :**

✓ **Date de naissance :**

✓ **Age :**

✓ **Nationalité :**

Né(e) en Belgique : OUI – NON

Si non, de quel pays êtes-vous originaire ?

Depuis combien de temps vivez-vous en Belgique ? _____ ans et _____ mois

✓ **Etat civil :** célibataire marié(e) cohabitant(e) divorcé(e) séparé(e) veuf(ve)

✓ **Lieu de vie :**

Domicile (Famille – Conjoint- Seul) *Entourez une des trois possibilités de réponse*

Résidence service

Maison de repos

Autre

✓ **Niveau d'études :**

Quel est votre plus haut niveau d'études ?

Primaire

Secondaire inférieur

Général

Technique

Professionnel

Secondaire supérieur

Général

Technique

Diplôme de

<ul style="list-style-type: none"> ○ Professionnel Diplôme de ○ <u>Etudes supérieures</u> ○ Haute Ecole Diplôme de Université Diplôme de
PROFESSION ANTERIEURE ET RETRAITE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etes-vous à la retraite ? OUI / NON ✓ Profession antérieure : ✓ Statut professionnel antérieur : <input type="checkbox"/> Ouvrier (ère) <input type="checkbox"/> Employé(e) <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Indépendant(e) <input type="checkbox"/> Sans emploi ✓ Age au moment de la retraite : _____ ✓ Retraite anticipée : OUI - NON Si oui, pour quel(s) motif(s) avez-vous pris votre retraite de manière précoce (retraite désirée ou non) ?

Consignes :

Pour le bon déroulement de notre étude, merci de respecter les consignes suivantes.

- Lisez les consignes lorsqu'il y en a.
- Complétez les questions dans leur ordre d'apparition.
- Veillez à choisir une réponse pour TOUTES les questions et vérifiez, lorsque vous aurez terminé, que vous n'avez pas oublié de répondre à certaines questions.
- Ne choisissez qu'UNE ET UNE SEULE REPONSE, parmi celles proposées, pour chaque question.

Annexes 1.4. Mots associés à « personne âgée »

Sans réfléchir et le plus rapidement possible, veuillez noter ici les 5 premiers mots qui vous viennent à l'esprit lorsque vous pensez à une personne âgée.

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

1.5. Classement condition contrôle

Cinq thèmes sont listés ci-dessous. Classez les catégories de la moins importante à la plus importante. (1 = la plus importante ; 2 = la seconde plus importante ; 5 = la moins importante).

- _____ Politique
- _____ Problèmes sociaux
- _____ Esthétique
- _____ Théorie
- _____ Religion

Veillez écrire quelques lignes sur la valeur la **moins** importante à vos yeux (classée en numéro 1): pourquoi pourrait-elle être importante *pour quelqu'un d'autre* selon vous ? Illustrez votre explication par un exemple d'une situation où cette valeur a été particulièrement importante pour vous.

Annexe 1.6. Classement condition expérimentale

Cinq thèmes sont listés ci-dessous. Classez les catégories de la moins importante à la plus importante. (1 = la plus importante ; 2 = la seconde plus importante ; 5 = la moins importante).

- _____ Politique
- _____ Problèmes sociaux
- _____ Esthétique
- _____ Théorie
- _____ Religion

Veillez écrire quelques lignes sur la valeur la **plus** importante à vos yeux (classée en numéro 1): pourquoi est-elle importante pour vous *personnellement* ? Illustrez votre explication par un exemple d'une situation où cette valeur a été particulièrement importante pour vous.

Annexe 1.7. 1.7. Echelles de Lickert relatives aux deux podcasts et mesure de l'âge subjective

Nous allons à présent vous demander de **vous mettre dans la peau d'une personne à qui l'on vient d'annoncer un cancer**. Suite à cette nouvelle, votre médecin s'est concerté avec ses collègues afin de pouvoir vous proposer un traitement adapté à votre situation. Vous allez à présent écouter deux enregistrements, où deux médecins vous expliquent le même traitement. Après chaque enregistrement, vous devrez compléter quelques questions (ci-dessous), afin d'évaluer la communication faites par chaque médecin.

Veillez tracer une ligne sur l'échelle allant de pas du tout à tout à fait, à l'endroit correspondant à votre ressenti.

- **Avez-vous trouvé les informations données suffisamment complètes ?**

Pas du tout

Tout à fait

A horizontal Lickert scale consisting of two parallel lines with a thick black bar in the middle. The scale is currently empty, with no line drawn across it.

- **Suite à cette explication, seriez-vous prêt(e) à accepter le traitement proposé ?**

Pas du tout

Tout à fait

A horizontal Lickert scale consisting of two parallel lines with a thick black bar in the middle. The scale is currently empty, with no line drawn across it.

- **Suite à cette explication, vous sentez-vous satisfait(e) ?**

Pas du tout

Tout à fait

A horizontal Lickert scale consisting of two parallel lines with a thick black bar in the middle. The scale is currently empty, with no line drawn across it.

- **Suite à cette explication, vous sentez-vous content(e) ?**

Pas du tout

Tout à fait

A horizontal Lickert scale consisting of two parallel lines with a thick black bar in the middle. The scale is currently empty, with no line drawn across it.

- **Suite à cette explication, vous sentez-vous en colère ?**

Pas du tout

Tout à fait



- **Suite à cette explication, vous sentez-vous offensé(e) ?**

Pas du tout

Tout à fait



- **Suite à cette explication, vous sentez-vous inquiet(e)?**

Pas du tout

Tout à fait



- **Avez-vous le sentiment que le médecin qui fournit cette explication est attentionné ?**

Pas du tout

Tout à fait



- **Avez-vous le sentiment que le médecin qui fournit cette explication est sympathique ?**

Pas du tout

Tout à fait



- **Avez-vous le sentiment que le médecin qui fournit cette explication est condescendant (= hautain, supérieur) ?**

Pas du tout

Tout à fait



- **Avez-vous le sentiment que le médecin qui fournit cette explication est respectueux ?**

Pas du tout

Tout à fait



- **Avez-vous le sentiment que le médecin qui fournit cette explication est compétent ?**

Pas du tout

Tout à fait



- **Quel âge avez-vous le sentiment d'avoir en ce moment (Veuillez tracer un trait sur la droite allant de 0 à 100 ans à l'endroit qui correspond à votre ressenti) ?**

0

100 ans



Annexe 1.8. Questionnaire AAQ (Laidlaw et al., 2007)

Instructions

Ce questionnaire vous demande comment vous ressentez le fait de vieillir.

Veillez répondre à toutes les questions. Si vous n'êtes pas certain de la réponse à donner à une question, veuillez choisir celle qui semble la plus appropriée. Ce sera souvent votre première réponse.

Gardez à l'esprit vos attentes, vos espoirs, vos passions et vos préoccupations. Nous vous demandons de réfléchir à votre vie en général.

Les questions suivantes demandent à quel point vous êtes d'accord ou non avec les énoncés. Si vous êtes d'accord avec ceux-ci, entourez la réponse « Tout à fait d'accord ». Si vous n'êtes pas du tout d'accord avec les énoncés, encerclez la réponse « Pas du tout d'accord ». Si vous voulez indiquer que votre réponse se trouve quelque part entre « Tout à fait d'accord » et « Pas du tout d'accord », entourez une proposition entre les deux.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord
1. En vieillissant, les gens sont davantage aptes à faire face à la vie.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord
2. C'est un privilège de vivre vieux.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord
3. La vieillesse est une période de vie synonyme de solitude.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord
4. La sagesse vient avec l'âge.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord
5. Vieillir apporte beaucoup de choses agréables.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord
6. La vieillesse est une période de vie synonyme de dépression.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord
7. Il est important de faire de l'exercice physique à tout âge.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord

Les questions ci-dessous demandent à quel point pour vous, les énoncés suivants sont vrais ou pas. Si ceux-ci sont extrêmement vrais pour vous, entourez la réponse « Tout à fait vrai ». Si pour vous les énoncés ne sont pas vrais, encerclez la réponse « Pas du tout vrai ». Si vous voulez indiquer que votre réponse se trouve quelque part entre « Tout à fait vrai » et « Pas du tout vrai », entourez une proposition entre les deux.

	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
8. Vieillir a été plus facile que ce que je pensais.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
9. Je trouve qu'il est plus difficile de parler de mes sentiments en vieillissant.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
10. Avec l'âge, je m'accepte mieux.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
11. Je ne me sens pas vieux.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
12. Je perçois la vieillesse principalement comme une période associée à la perte.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

13. Mon identité ne se définit pas en fonction de mon âge.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
14. J'ai plus d'énergie que ce que j'espérais pour mon âge.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
15. Je perds mon indépendance physique en vieillissant.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
16. Mes problèmes de santé physique ne m'empêchent pas de faire ce que je souhaite.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
17. En vieillissant, je trouve qu'il est plus difficile de se faire de nouveaux amis.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
18. C'est très important pour moi de transmettre les bénéfices de mes expériences aux plus jeunes.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

19. Je pense que ma vie a changé quelque chose.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
20. Je ne me sens plus aussi impliqué dans la société, maintenant que je suis plus âgé.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
21. J'aimerais donner un bon exemple aux plus jeunes.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
22. Je me sens exclus de certaines choses à cause de mon âge.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
23. Ma santé est meilleure que ce que j'espérais pour mon âge.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
24. Grâce à l'exercice physique, je reste actif et en forme.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

Annexe 1.9. Formulaire de debriefing

Les objectifs précis et réels de notre recherche :

Dans les sociétés européennes contemporaines, l'âge constitue le facteur de discrimination le plus important, loin devant le sexe, l'origine ethnique, ou la religion (comme souligné dans des enquêtes récentes telles que l'Eurobaromètre des statistiques de discrimination en Europe). Cette discrimination fait écho à la vision actuelle prédominante du vieillissement, à savoir une perception négative teintée des phénomènes d'âgisme (c.à.d. le fait de véhiculer toute sorte de stéréotypes négatifs liés au vieillissement) et de jeunisme (c.à.d. le fait de valoriser le culte de la jeunesse et du « zéro défaut »).

Le problème de la stigmatisation liée à l'âge (ou âgisme) est d'autant plus inquiétant que cela peut avoir des conséquences aussi sur la prise en charge de la santé des personnes âgées, notamment dans le cas de la prise en charge oncologique. En effet, suite à ces stéréotypes, d'une part les sujets âgés seront plus exclus des protocoles expérimentaux (recherche), mais cela se répercutera aussi sur les types de prise en charge proposés par les médecins, puisque ceux-ci auront moins tendance à proposer le recours à la chirurgie pour les patients âgés (Pignon, 2000¹). Cette différence de traitement a été objectivée par Madan et al. en 2011², qui se sont aperçu que les médecins avaient moins tendance à recommander la chirurgie réparatrice du sein (dans le cas du cancer du sein) à leur patientes âgées, comparativement à leurs patientes plus jeunes. Une autre étude de Schroyen et al (2015)³ a montré des résultats similaires, puisqu'en interrogeant des infirmières il ressort que celles-ci sont moins enclines à soutenir les traitements curatifs et reconstructifs pour les patients âgés de 75 ans.

Sur base de ces observations, notre étude présente **deux objectifs principaux**.

- 1) Analyser les effets de « l'affirmation de soi » : selon divers auteurs, s'affirmer dans un domaine important à nos yeux permettra de diminuer l'effet négatif de certains stéréotypes (Sherman, 2000)⁴, et cela pourrait constituer un moyen de défense pour ces patients atteints de cancer.

- 2) Regarder si les effets de l’affirmation de soi dépendent de la vision que les personnes ont de leur vieillissement : nous faisons l’hypothèse que l’affirmation de soi d’une personne qui a une vision négative de son vieillissement apportera à cette personne plus de bénéfices que pour une personne ayant une vision positive de son vieillissement.

C’est dans ce contexte que vous avez été sollicité(e). En effet, afin de mener à bien notre étude, nous rencontrons des personnes âgées de 65 ans et plus. Nous avons ainsi formé 2 groupes de participants : (1) un groupe où les participants reçoivent une consigne neutre (ils n’auront pas besoin de s’affirmer), et (2), un groupe où les participants reçoivent une consigne où ils ont l’occasion de s’affirmer sur une valeur importante à leurs yeux (condition affirmation de soi).

Pour toute question concernant cette étude, n’hésitez pas à contacter le chercheur responsable.

Chercheur responsable de l’étude :

Sarah Schroyen
Unité de Psychologie de la Sénescence
Université de Liège (ULg)
Traverse des Architectes (B63c)
B-4000 LIEGE (Belgique)
Tel: 0032 4 366.97.45
Mail : sarah.schroyen@ulg.ac.be

Références :

1. Pignon, T., Rafaramino, F., & Scalliet, P. (2000). Cancer et sujets âgés.Prise en charge. Aspects décisionnels. *La Revue de Médecine Interne*, 21(9), 765–776. doi:10.1016/s0248-8663(00)00222-8
2. Madan, K., Aliabadi-Wahle, S., & Beech, D. J. (2011, mars). Ageism in Medical Students’ Treatment Recommendations: The Example of Breast-conserving Procedures. *Academic Medicine*, pp. 282–284.
3. Schroyen, S., Missotten, P., Jerusalem, G., Gilles, C., & Adam, S. (2015). *Ageism and caring attitudes among nurses in oncology. International Psychogeriatrics*, 28(05), 749–757. doi:10.1017/s1041610215001970
4. Sherman, D. A. K., Nelson, L. D., & Steele, C. M. (2000). *Do Messages about Health Risks Threaten the Self? Increasing the Acceptance of Threatening Health Messages Via Self-Affirmation. Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(9), 1046–1058. doi:10.1177/01461672002611003

Date et signature

Annexe 1.10. Formulaire de consentement 2



FACULTE DE PSYCHOLOGIE
ET DES SCIENCES DE
L'EDUCATION
COMITE D'ETHIQUE

Président : Isabelle Hansez
Secrétaire : Fabienne Collette

CONSENTEMENT ECLAIRE POUR DES RECHERCHES IMPLIQUANT DES SUJETS HUMAINS

(fait en double exemplaire)

Titre de la recherche	Impact de l'affirmation de soi sur l'adhérence d'un traitement en oncogériatrie
Chercheur responsable	Sarah Schroyen
Promoteur	Stéphane Adam
Faculté et numéro de téléphone de contact	Faculté de Psychologie Tél : 04/366 97 45

Je, soussigné(e),..... déclare :

- *avoir été informé, oralement et par écrit, des buts précis et réels de cette recherche dont le chercheur responsable figure ci-dessus;*
- *avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaitais.*

Je sais que :

- *je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit ;*
- *je peux contacter le chercheur pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation à la recherche ;*

- *les données recueillies seront strictement confidentielles et il sera impossible à tout tiers non autorisé de m'identifier.*
- *Les données recueillies pourront être retirées de l'étude après celle-ci si telle est ma décision.*

Je donne mon consentement libre et éclairé pour participer en tant que sujet à cette recherche.

Lu et approuvé,

Date et signature

Annexe 2 : Moyennes des
valences des mots associés à
« personne âgée »

N.B : les mots sont placés dans l'ordre dans lequel ils sont écrits par chaque participants, les cellules vides indiquent que le participant n'a pas donné de mot.

Participant	Mot n°1	Valeur Mot n°1	Mot n° 2	Valeur Mot n° 2
429593	Cheveux gris	-0,21212121	Maladie	-3,13157895
428972	Fatiguée	-1,62068966	Laide	-2,12
428009	Vieux	-1,47887324	Sourire	3,67741935
427883	Perte de la mémoire	-2,51724138		
427685	Santé	1,68627451	Mobilité	0,41538462
427474	Sagesse	3,78873239	Expérience	3,70689655
427174	Santé	1,68627451	Dépendance	-2,47142857
427113	Famille	3,617647059	Enfants	1,719298246
427014	Age	-0,028571429	Vie	2,25
427007	Vieillesse	-1,0576923	Dépendance	-2,47142857
426994	Sagesse	3,78873239	Santé	1,68627451
426968	Vulnérable	-1	Dépendante	-2,55
426955	Ho que le temps passe vite	-1,5		
426945	Santé	1,275229358	Solitude	-2,7323944
426852	Age	-0,028571429	Douleur	-2,0588235
426821	Motricité	1,210526316	Mental	-0,25
426697	Vieux	-1,478873239	Retraité	0,615384615
426289	Argent	0,48	Maladie	-3,1315789
426201	Retraite	1,358974359	Petits-enfants	3,631578947
426141	Douleurs	-2,058823529	Isolation	-1
426136	Maladie	-3,1315789	Peur	-0,990835688
426128	Douleurs	-2,058823529	Maladie	-3,1315789
426104	Camping-car	0,25	Voyage	2,983606557
426093	Voyage	2,983606557	Repos	1,586206897
426080	Alerte	1	Sportive	3
425932	Ride	-0,3283582	Démence	-3,8
425944	Sagesse	3,78873239	Ride	-0,3283582

425939	Gris	-0,035714286	Handicap	-2,5
425927	Sourire	3,677419355	Rides	-0,3283582
425923	Fragile	-1,9512195	Maladie	-3,1315789
425769	Bonne santé	3,090909091	Solitude	-2,7323944
425736	Sagesse	3,78873239	Médecin	-0,230769231
425738	Mort	-3,280701754	Rides	-0,3283582
425610	Loisir	2,424242424	Indépendance	2,647058824
425573	Loisirs	2,424242424	Liberté	2,621621622
425490	Arthrite	-3	Visites de la famille	2,25
423302	Expérience	3,70689655	Histoire	3,078431373
417532	Temps	0,3	Fatigue	-1,326530612
413860	Santé	1,275229358	Rester ensemble	3,75
412288	Sage	2,733333333	Valeurs	3,4
411861	Grand parent	3,647058824	Sagesse	3,78873239
399964	Pensée	2,5	Gentillesse	3,222222222
397708	Solitude	-2,7323944	Dépendante	-2,55
397151	Rides	-0,3283582	Tolérance	1,5
396026	Age	-0,028571429	Physique	-2,4
379171	Sagesse	3,78873239	Fragilité	-1,4473684
437074	Dépendance	-2,47142857	Maladie	-3,1315789
437070	Optimisme	2,5	Sport	2,75
437045	EHPAD	-0,233333333	Balade	3
436891	Vieillesse	-1,0576923	Santé	1,275229358
436670	Vieille	-1,548387097	Dépendance	-2,47142857
436109	Mobilité	0,41538462	Cordialité	3
436096	Rides	-0,3283582	Dépendance	-2,47142857
435573	Sagesse	3,78873239	Retraite	1,358974359
433622	Mobilité	0,41538462	Amitié	4
433620	Retraite	1,358974359	Petits-enfants	3,631578947
433266	Grand-mère	3,8	Calin	2,48
430968	Santé	1,68627451	Famille	3,617647059
430838	Liberté	2,621621622	Petits-enfants	3,631578947

430353	Dépendance	-2,47142857	Isolement	-2,816326531
430304	Mobilité	0,41538462	Rides	-0,3283582
429808	Dépendance	-2,47142857	Abandon	-4
427035	Retraite	1,358974359	Loisir	2,424242424
426993	Bonne santé	3,090909091	Dépendante	-2,55
426984	Vieille	-1,548387097	Décatie	-2,5
426954	Maladie	-3,1315789	Dépendance	-2,47142857
426575	Vacances	3,095238095	Liberté	2,62162162
426560	Solitude	-2,7323944	Santé	1,68627451
426367	Mobilité	0,41538462	Argent	0,48
426269	Activités physiques	3,48	Activités sociales	3,48
426292	Amour	3,6	Protection	0,75
426138	Peur	-2,902439024	Maladie	-3,1315789
426131	Dépendance	-2,47142857	Assistance	-0,708333333
426105	Personne isolée	-4	Dépendante	-2,55
426101	Sport	2,75	Loisirs	2,424242424
426074	Repos	1,586206897	Calme	2,333333333
426022	Expérience	3,70689655	Douceur	
425791	Maladie	-3,1315789	Dépendance	-2,47142857
425437	Mourir	-5	Mort	-3,280701754
420332	Survivant	-2	Bonne gestion de vie	3,5
410471	Vieux	-1,478873239	Faible	-2,259259259
408485	Age	-0,028571429		
396322	Vieux	-1,47887324	Temps libre	3,032258065
396082	Retraite	1,358974359	Maladie	-3,1315789
388074	Liberté	2,621621622	Sagesse	3,78873239
381056	Sans défense	-3,25	Seul	-2,902439024
380477	EHPAD	-0,233333333	Solitude	-2,7323944
437497	Vieux	-1,478873239	Pauvre	-2,363636364

Participant	Mot n° 3	Valeur Mot n°3	Mot n°4	Valeur Mot n°4
429593	Voyage	2,98360656	Enfants	1,71929825
428972	Lente	-1,85714286	Sourde	-2,66666667
428009	Promenade	3,16666667	Gris	-0,03571429
427883				
427685	Adaptation	1,08695652	Dépendance	-2,47142857
427474	Nostalgie	0,19402985	Santé	1,68627451
427174	Activité	3,48	Mobilité	0,41538462
427113	Travail	3,25	Expérience	3,70689655
427014	Enfants	1,719298246	Petits-enfants	3,631578947
427007	Maladie	-3,13157895	Mort	-3,280701754
426994	Temps libre	3,032258065	Petits-enfants	3,631578947
426968	Source d'enseignement	3,75	Tendresse	3,352941176
426955				
426945	Vulnérable	-2	Viellissement	-1,0576923
426852	Maladie	-3,1315789	Petits-enfants	3,631578947
426821	Esprit	2,25	Optimisme	2,5
426697	Sage	2,733333333	Fatigué	-1,620689655
426289	Peur	-0,990835688	Invalidité	-2,315789474
426201	Hobby	3,25	Voyages	2,983606557
426141	Maison de retraite	-1,2	Maladie	-3,1315789
426136	Dépendance	-2,47142857	Inquiétude	-0,84
426128	Seule	-2,902439024	Difficile	-2,3
426104	Bricolage	2,75	Repos	1,586206897
426093	Loisir	2,424242424	Sport	2,75
426080	Loisirs	2,424242424	Vacances	3,095238095
425932	Maladie	-3,1315789	Solitude	-2,7323944
425944	Prostate	-2,5	Vacances	3,095238095
425939	Age	-0,028571429	Sérénité	3,052631579
425927	Cheveux blancs	-0,1636364	Attente	-1

425923				
425769				
425736	Douleur	-2,058823529	Râleur	-2,5
425738	Sourire	3,677419355	Yeux	-2
425610	Culture	2,6	Fin de vie	-2,935483871
425573	Petits-enfants	3,631578947	Développement personnel	1,5
425490	Soignants	1,75	Promenades	3,166666667
423302	Vécu	2,64516129	Fragilité	-1,4473684
417532	Indépendance	2,647058824	Histoire	3,078431373
413860	Temps libre	3,032258065	Petits-enfants	3,631578947
412288	Compétent	2,25	Serviable	2,619047619
411861	Maladie	-3,1315789	Seule	-2,902439024
399964	Soins	-0,523809524	Prendre des nouvelles	3,5
397708	Fragile	-1,9512195		
397151	Gentillesse	3,222222222	Sourire	3,677419355
396026	Aspect	-0,842105263	Bien	2,75
379171	Papy	3,55	Mamy	3,26
437074	Solitude	-2,7323944	Isolement	-2,816326531
437070	Santé	1,68627451	Convivialité	2,75
437045	Autonomie	2	Famille	3,617647059
436891	Retraite	1,358974359	Petits-enfants	3,631578947
436670	Mémoire	0,303030303	Seule	-2,902439024
436109	Vivacité	3,1	Pénibilité	-2,25
436096	Mobilité	0,41538462	Arthrose	-2,36
435573	Expérience	3,70689655	Cheveux gris	-0,21212121
433622	Santé	1,275229358	Service	2
433620	Voyage	2,983606557	Arthrose	-2,36
433266	Tendresse	3,352941176	Maison de retraite	-1,2
430968	Enfants	1,719298246	Petits-enfants	3,631578947
430838	Douleurs	-2,058823529	Autonomie	2

430353	EHPAD	-0,233333333	Vulnérable	-2
430304	Vue	-1	Ouie	-1,25
429808	Sagesse	3,78873239	Faiblesse	-2,325
427035	Voyage	2,983606557	Santé	1,275229358
426993	En forme	2,75	Actif	3,454545455
426984	Emmerdante	-2,75	Radine	-2,5
426954	Solitude	-2,7323944	Mémoire	0,303030303
426575	Expérience	3,70689655	Santé	1,68627451
426560	Sociabilité	1,75	Famille	3,617647059
426367	Soin	-0,129032258	Relations	3
426269	Dynamisme	2,842105263	Fragilité	-1,4473684
426292	Argent	0,48	Maladie	-3,1315789
426138	Courage	2,8125	Anxiété	-2,571428571
426131	Devoir	0,5	Peur	-2,902439024
426105	Maladie	-3,1315789	Handicap	-2,5
426101	Voyages	2,983606557	Petits-enfants	3,631578947
426074	Temps libre	3,032258065	Petits-enfants	3,631578947
426022	Rides		Mémoire	0,303030303
425791	Sagesse	3,78873239	Expérience	3,70689655
425437	Dépendance	-2,47142857	Maladie	-3,1315789
420332	Chanceux	2,130434783	Optimiste	2,5
410471	Malade	-3,163636364	Famille	3,617647059
408485				
396322	Etape	-0,75	Santé	1,68627451
396082	Solitude	-2,7323944	Dépendance	-2,47142857
388074	Fatigue	-1,326530612	Tendresse	3,352941176
381056	Dépendance	-2,47142857	Fragilité	-1,4473684
380477	Liens affectifs	-2,7323944	Soins	-0,523809524
437497	Malade	-3,163636364	Mort	-3,280701754

Participant	Mot n°5	Valeur Mot n°5	Total des valences
429593			1,35920465
428972	Patiente	1,14285714	-7,12164205
428009	Bicyclette	2,5	7,82949849
427883			-2,51724138
427685	Liberté	2,62162162	3,3388087
427474	Souffrance	-2,98076923	6,39516407
427174	Ressources	1,25	4,36023056
427113	Santé	1,68627451	13,98011636
427014	Maladie	-3,1315789	4,440726864
427007			-9,941401574
426994	Cheveux blancs	-0,1636364	11,97520751
426968	Tristesse	-2,62295082	0,929990357
426955			-1,5
426945	Aide	1,125	-3,389857342
426852	Repos	1,586206897	-0,001187985
426821	Aspect physique	-0,842105263	4,868421053
426697	Utile	2,3	2,549155054
426289	Seul	-2,902439024	-8,860643086
426201	Arthrose	-2,36	8,864159864
426141	Courage	2,8125	-4,577902429
426136	Problèmes	-3,111111111	-10,54495427
426128	Peur	-0,990835688	-11,38367714
426104	Vivre	3,25	10,56981345
426093	Bricolage	2,75	12,49405588
426080	Jeux de société	2,75	12,26948052
425932	Indifférence	-1,5	-11,4923315
425944	Liberté	2,621621622	6,677233907
425939	Repos	1,586206897	2,074552761
425927	Souvenirs	3,21875	5,404174755
425923			-5,0827984
425769			0,358514691
425736	Rides	-0,3283582	-1,32921857

425738	Fauteuil	-0,75	-2,6816406
425610	Enfants	1,719298246	6,455115622
425573	Maladie	-3,1315789	7,045864093
425490	Télévision	0,666666667	4,833333333
423302	Dépendance	-2,47142857	5,511692243
417532	Expérience	3,70689655	8,405856134
413860	Faire du sport	3,25	14,93906637
412288	Optimiste	2,5	13,50238095
411861			1,401773289
399964	Aides	1,125	9,823412698
397708			-7,2336139
397151	Cheveux blancs	-0,1636364	7,907646977
396026	Vieille	-1,548387097	-2,069063789
379171	Bonbons	2,033333333	11,18469732
437074	Deuils	-2,315789474	-13,46751787
437070	Famille	3,617647059	13,30392157
437045	Age	-0,028571429	8,355742297
436891			5,208090364
436670	Dépression	-3,275862069	-9,895086457
436109	Solitude	-2,7323944	1,53299022
436096	Mémoire	0,303030303	-4,441371847
435573	Rides	-0,3283582	8,314123889
433622	Bien-être	2,75	10,44061398
433620	Jardinage	2,727272727	8,341432591
433266	Cheveux blancs	-0,1636364	8,269304776
430968	Retraite	1,358974359	12,01377312
430838	Action	2,5	8,69437704
430353	Tristesse	-2,62295082	-10,14403925
430304	Fragilité	-1,4473684	-3,61034198
429808	Oubli	-1,405405405	-6,413101585
427035	Bilan	-0,75	7,292052699
426993	Sain d'esprit	3,25	9,995454545
426984	Bancales	-2,5	-11,7983871

426954	Peurs	-0,990835688	-9,023207255
426575	Respect	3,392857143	14,50288792
426560	Petits-enfants	3,631578947	7,953106116
426367	Maladie	-3,1315789	0,634773462
426269	Maladie	-3,1315789	5,223157963
426292	Isolation	-1	0,6984211
426138	Isolement	-2,816326531	-8,609273026
426131	Isolé	-4	-9,582200928
426105	Dynamique	2,842105263	-9,339473637
426101	Prendre son temps	1,9	13,68942793
426074	Repas de famille	3,25	13,83337724
426022	Age	-0,028571429	3,981355424
425791	Bonheur	3,933333333	5,825954803
425437	Handicap	-2,5	-16,38370922
420332	Incrédule	1,75	7,880434783
410471	Mobilité	0,41538462	-2,868737184
408485			-0,028571429
396322	Mort	-3,280701754	-0,79104242
396082	EHPAD	-0,233333333	-7,209760844
388074	Fragilité	-1,4473684	6,989396176
381056	Hors de la société active	-3,5	-13,57123599
380477	Dépendance	-2,47142857	-8,693360227
437497	Retraite	1,358974359	-8,927873362

Résumé

Dans les sociétés européennes contemporaines, l'âge constitue le facteur de discrimination le plus important, devant le sexe, l'origine ethnique, ou la religion. Le problème de la stigmatisation liée à l'âge (ou âgisme) est d'autant plus inquiétant que cela peut avoir des conséquences aussi sur la prise en charge de la santé des personnes âgées, notamment dans le cas de la prise en charge oncologique.

Ces différents stéréotypes auxquels peuvent être soumis les médecins et membres du personnel soignant peuvent porter préjudices aux patients âgés, surtout lorsque la proposition de prise en charge n'est pas adaptée à la spécificité du sujet. C'est pourquoi il est nécessaire pour les sujets âgés de pouvoir se défendre face à ces éventuelles menaces, et la méthode de l'affirmation de soi peut être un de ces moyen de défense. Cependant, la littérature contient peu d'étude concernant l'utilisation de l'affirmation de soi auprès des personnes âgées et dans le cadre de l'oncogériatrie.

Ce travail de recherche a donc pour but premier d'étudier si l'affirmation de soi permet aux participants de se protéger face à la menace que représente l'annonce d'un diagnostic de cancer, et de mieux accepter le traitement proposé. Le second but était de vérifier si l'affirmation de soi apporte plus de bénéfices pour les sujets ayant une vision négative du vieillissement.

Nous avons examiné si l'affirmation de soi permettait aux sujets du groupe expérimental de diminuer l'impact de la menace que représente l'annonce d'un diagnostic de cancer, de mieux adhérer au traitement proposé, et de moins ressentir les effets d'un discours âgiste prononcé par un médecin. Nous avons également vérifié si l'affirmation de soi apportait plus de bénéfices aux sujets de la condition expérimentale ayant une vision négative du vieillissement. Enfin, nous avons vérifié si l'affirmation de soi permettait aux sujets du groupe expérimental d'avoir une meilleure vision du vieillissement.

Malheureusement, les résultats obtenus nous ne permettent pas de confirmer ces hypothèses. Cela peut s'expliquer par une condition expérimentale pas assez discriminante ni assez forte, un effet de contexte, une absence de désirabilité sociale ou encore un effet de l'accent belge sur des participants français.